

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 129

DU
RHUMATISME TUBERCULEUX

OBSERVÉ RÉCEMMENT

DANS LES SANATORIA DE LEYSIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frédéric-Olivier MERSON

Né le 17 Septembre 1878, à Paris.

Elève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^o, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1903



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 129

DU
RHUMATISME TUBERCULEUX

OBSERVÉ RÉCEMMENT

DANS LES SANATORIA DE LEYSIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Frédéric-Olivier MERSON

Né le 17 Septembre 1878, à Paris.

Elève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.
GROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
		BARD.
Cliniques chirurgicales	{	PONCET.
		JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales		PIERRET.
Clinique des maladies des enfants		WEILL.
Physique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie		CAZENEUVE.
Matière médicale et Potanique		FLORENCE.
Parasitologie		LORTET.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie		RENAUT.
Physiologie		MORAT.
Pathologie interne		TEISSIER.
Pathologie externe		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique		TRIPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène		COURMONT (J.).
Thérapeutique		SOULIER.
Pharmacologie.		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; ROLLET Assesseur ;

MM. VALLAS et TIXIER, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

Je dédie ce travail en témoignage de toute ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA SŒUR

Je tiens à lui dire ici ma tendresse et à la remercier de tout mon cœur de tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

Hommage de mon affection la plus tendre.

A MES TANTES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-INSPECTEUR DELORME

De l'Académie de Médecine,
Directeur du Service de Santé du 18^e corps,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Je le remercie de tout mon cœur de l'inépuisable bonté
et de l'indulgence qu'il a toujours montrées à mon
égard.*

*Je me rappellerai toujours avec quelle douce sollici-
tude et quelle patience il a été mon premier guide
dans mes études médicales. Je n'oublierai jamais
tout ce que je lui dois, ni combien il m'a aidé,
encouragé et protégé en maintes circonstances.*

*Qu'il croie à ma bien respectueuse affection et à ma
profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR NICLOT

Répétiteur à l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon.

*Je le remercie des bons conseils qu'il m'a prodigués
et lui exprime ici, toute ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR BOISSON

Major à l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon.

*C'est grâce à lui que j'ai pu me soigner à temps et
me rétablir complètement. Je le remercie de ses
bons soins dont je lui suis profondément recon-
naissant.*

A MON AMI RALPH GAUD

Les francs baisers de son meilleur et plus aimant ami,

A mes bons amis

MARVY ET AUTOUR

*Dont l'amitié m'a été si précieuse durant notre triste
séjour à l'Ecole.*

A mes plus vieux amis

LES DOCTEURS MOULU ET GILBERT

En souvenir de nos belles années de Paris.

A mon ami

HENRI MEAUX-SAINT-MARC

*Je le remercie de tout mon cœur de tout ce qu'il a
été pour moi, durant notre séjour à Leysin.*

AU DOCTEUR EXCHAQUET

*Je le remercie de tout mon cœur des soins dévoués
qu'il n'a cessé de me prodiguer, de son indulgence
toute paternelle et de la bonté avec laquelle, lui et
tous les siens, m'ont accueilli.*

*Qu'il soit assuré de ma respectueuse et bien recon-
naissante affection.*

A TOUS CEUX QUE J'AIME

*Et dont mon séjour à Lyon m'a tenu éloigné pendant
trop longtemps.*

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Je tiens à le remercier ici, de l'affabilité avec laquelle il m'a toujours donné les plus judicieux conseils. Je lui exprime aussi ma gratitude pour l'appui qu'il m'a fourni en des circonstances difficiles. Je serai heureux si j'ai pu apporter une faible contribution à une question dont ce Maître éminent s'est fait le promoteur et qui lui est si chère.

Je lui témoigne ma reconnaissance pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

DU RHUMATISME TUBERCULEUX

OBSERVÉ RÉCEMMENT
DANS LES SANATORIA DE LEYSIN

INTRODUCTION

La question du *rhumatisme tuberculeux* dans ses diverses manifestations articulaires et abarticulaires est tout à fait à l'ordre du jour.

Depuis dix-huit mois surtout, à la suite des communications de M. le professeur Poncet et de ses élèves, l'attention a été maintes fois appelée sur cette nouvelle variété de rhumatisme infectieux.

De nombreux points sont encore à élucider dans cette étude et il importe, dans tous les cas, d'établir d'une façon aussi nette que possible que les manifestations que l'on pourrait, d'après leurs caractères, qualifier chez des tuberculeux, de manifestations simplement rhumatismales, n'ont rien à voir avec le rhumatisme ordinaire et sont bien de nature tuberculeuse, quels que soient les tissus et les appareils frappés.

Autrement dit, nous voulons établir une fois de plus

qu'il n'y a pas un rhumatisme chez les tuberculeux mais bien un rhumatisme tuberculeux.

Le temps est proche, très probablement, où il paraîtra tout aussi extraordinaire de diagnostiquer, par exemple, un rhumatisme articulaire simple chez un phtisique, qu'il l'est aujourd'hui de croire à un rhumatisme simple chez un blennorrhagien, etc...

Nous avons d'autant plus choisi ce sujet de thèse qu'il nous était permis de lui donner une allure personnelle, soit par notre observation, soit encore par le recueil d'autres faits que nous avons pu établir nous-même.

Il y a deux ans, en effet, que nous avons été nous-même victime d'une infection bacillaire qui s'est traduite par des signes cliniques de lésions pulmonaires en évolution progressive. Sur le conseil de nos maîtres, nous avons dû quitter Lyon et l'École du Service de Santé militaire pour nous rendre dans le sanatorium de Leysin où nous sommes resté pendant dix-huit mois.

Pendant notre séjour à Leysin, nous avons recueilli maintes fois les doléances des malades qui nous entouraient et avec lesquels nous vivions et qui se plaignaient d'accidents que l'on pouvait *a priori* considérer comme étant simplement de nature rhumatismale.

Arrivé au terme de nos études, il nous a paru intéressant de colliger des faits de ce genre et de traduire en certitude par des observations multiples et bien prises ce qui n'avait été jusqu'à ce jour pour nous qu'une impression.

C'est alors, dans ces derniers jours, que nous sommes

parti pour Leysin et avons fait par nous-même une enquête personnelle parmi les malades qui y sont actuellement traités, enquête qui aura tout au moins pour intérêt de montrer que le rhumatisme tuberculeux est une entité pathologique avec laquelle il faut compter, qu'il est relativement fréquent et que, dans les agglomérations de tuberculeux, il se traduit sous des formes variées, parfois très douloureuses, venant ainsi aggraver le pronostic de la maladie elle-même. Nous montrerons aussi que son traitement, qui a été surtout jusqu'ici celui du rhumatisme franc, n'en modifie en rien la marche et les caractères.

Notre enquête à Leysin a porté sur cent tuberculeux. Elle nous a fourni des documents divers, qui, sous forme d'observations prises avec grand soin, constituent la base de notre travail. Ces observations sont au nombre de vingt, ce qui donne comme on le voit un pourcentage considérable, un tuberculeux au moins sur cinq présentant des manifestations rhumatismales à sièges variés, articulaires et autres. Nous diviserons notre travail en deux parties :

Dans une première partie nous présenterons in-extenso nos vingt observations, nous donnerons une statistique, et nous étudierons, en interprétant nos observations, le rhumatisme tuberculeux dans ses diverses manifestations. Ce sera la partie clinique.

Dans une seconde partie, pathogénique, nous exposerons la pathogénie du rhumatisme tuberculeux et montrerons comment il convient d'en faire le diagnostic.

Nos conclusions résumeront notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

CLINIQUE

I. OBSERVATIONS IN EXTENSO.

II. STATISTIQUE.

III. LE RHUMATISME TUBERCULEUX DANS SES DIVERSES
MANIFESTATIONS.

A. *Le rhumatisme tuberculeux articulaire.*

1° Généralités.

2° Formes subjectives. Arthralgies.

3° Formes objectives.

a) Rhumatisme articulaire aigu et sub-
aigu ou chronique.

b) Rhumatisme déformant.

B. *Le rhumatisme tuberculeux abarticulaire.*

1° Généralités.

2° Sciatique tuberculeuse.

a) Historique.

b) Symptomatologie.

3° Rhumatisme pleural.

I

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (auto-observation).

Rhumatisme tuberculeux :

Arthralgies avant confirmation de la bacillose.

Arthralgies au début de la bacillose.

Hémoptysies et zona.

Arthralgies une fois la bacillose confirmée.

Tuberculose pulmonaire :

Craquements au sommet en arrière, respiration rude, expiration prolongée.

Expectoration. Bacilles.

M.... âgé de vingt-quatre ans, élève de l'école de Santé militaire

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'en novembre 1898. Pendant un séjour à Göttingen, refroidissement, pleurésie droite assez grave.

Revient de suite à Paris, en pleine maladie et y reste un mois alité. Convalescence assez longue.

Reprend ses études au printemps.

Entre à l'Ecole de Lyon en octobre 1899.

Fatigue, surmenage, mauvaise alimentation, mauvais climat, manque de sommeil.

En mai 1900, crachats sanglants. Fièvre. Zona.

Deux mois d'infirmier où il peut continuer à travailler pour passer sa physiologie. A maigri un peu, toussotte, dort mal, transpire facilement.

Arrive à Leysin, au sanatorium du Grand-Hôtel, le 15 juillet 1900.

Etat pulmonaire. — Rien à gauche.

A droite, en avant : Vibration = +, respiration rude par îlots. Pas de râles.

A droite, en arrière : Respiration rude, expiration prolongée, pas de râles, quelques craquements à la toux sur l'épaule.

Expectoration le matin, bacilles.

Rhumatisme tuberculeux. — Aucun antécédent rhumatismal.

Après sa pleurésie, douleurs assez vives dans l'épaule droite, exagérées par les mouvements, fugaces, durant quelques minutes. Aucune rougeur, pas de tuméfaction.

En avril, alors qu'il commence à se sentir fatigué, douleurs dans les deux épaules, surtout le matin au réveil. Douleurs dans la partie supérieure de la colonne vertébrale. Quelquefois, il restait deux à trois jours sans rien ressentir, puis, un matin, il se réveillait avec des points douloureux qui ne disparaissaient qu'au bout de quelques jours, pour revenir bientôt après. Des fois, une épaule seule était douloureuse, tantôt les deux. Il est arrivé fréquemment que, dans la même journée, les douleurs passaient de l'épaule droite à l'épaule gauche.

En juin, zona coïncidant avec la première hémoptysie, ce zona prend toute la région de la nuque. Atroces douleurs. Le malade ne peut dormir couché tant la pression sur l'oreiller avive ses douleurs. Il passe deux nuits assis, soit sur son lit, soit dans un fauteuil. Seules, des piqûres de morphine le soulagent.

En août, étant à Leysin, nouvelles douleurs débutant par les épaules, puis passant aux coudes, au poignet droit, aux doigts de la main droite : pendant deux jours, le malade ne peut jouer du piano et écrit avec difficulté.

A l'époque actuelle, le malade a la guérison apparente. Il n'a plus de craquements même à la toux. Il a fait des ascensions pénibles et longues, a joué au tennis plusieurs heures de suite

en plein soleil, n'a plus aucune expectoration, a supporté sans fatigue trois mois d'école à Lyon, au moment des brouillards. Depuis quatre mois, même avec le climat humide de Lyon, il n'a plus jamais ressenti de douleurs.

OBSERVATION II

Rhumatisme tuberculeux :

Arthralgies diverses.

Synovite partielle à forme de kyste synovial, Echec de tout traitement.

Tuberculose pulmonaire :

Hémoptysie.

Caverne.

De W..., ingénieur agronome, vingt-huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Asthmatique à l'âge de treize ans.

En 1895, hémoptysies, découverte des bacilles, foyer à la partie moyenne du poumon.

Deux saisons au Mont-Dore,

En août 1890, hémoptysie très forte durant cinq jours. Depuis, la voix reste voilée.

En juin, abcès péri-anal. Fistule opérée.

12 juillet. — Fièvre.

Amaigrissement de 9 kilogrammes.

Transpirations nocturnes.

Entre au sanatorium le 17 septembre 1898.

Etat pulmonaire. — Râles humides et craquements aux bases et au sommet droit.

Souffle sous la clavicule, à droite.

Expectoration très abondante.

Caverneux.

Rhumatisme tuberculeux. — En février, 1900, subitement,

gonflement peu douloureux, gros comme un pois, au niveau de la partie médiane du troisième métacarpien des mains droite et gauche. On sent un petit corps dur, de la dimension d'un pois, roulant sous le doigt dans les mouvements de flexion de la main. Son exploration réveille une légère douleur très supportable. On le traite par l'iode. Aucun résultat. A l'époque actuelle, cette petite tumeur existe encore avec tous les caractères qu'elle présentait en février 1900. Il s'agit là très probablement d'une synovite partielle à forme de kyste synovial.

Subitement, douleurs d'abord à l'épaule, puis ensuite au coude, puis à la rotule, à la hanche, aux pieds. Ces douleurs s'exaspèrent par les mouvements; la marche est cependant possible. Elles sont moins fortes au repos, ne changent en rien l'aspect de l'articulation. Elles sont fugaces, mobiles; il y a un peu d'hyperhéstésie musculaire.

On a essayé le traitement à l'acide salicylique : aucun résultat.

On a essayé le traitement avec de l'onguent où axonge, acide salicylique, essence de térébenthine aucune amélioration.

Au mois de juin, violente hémoptysie, toutes les douleurs articulaires disparaissent.

Depuis, simplement quelques douleurs « en coup de poignard » entre les côtes, durant quelques secondes.

Cependant, il subsiste toujours des douleurs dans les genoux pour s'agenouiller et une légère ankylose avec quelques craquements.

OBSERVATION III

Rhumatisme tuberculeux :

Arthralgies. Rhumatisme pleural.

Myalgies. Echec de tout traitement

Tuberculose pulmonaire :

Râles et craquements à gauche.

M P..., âgé de vingt-huit ans, de New-York,

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Jusqu'en 1901, excellente santé.

En mai 1901, influenza, toux sèche, amaigrissement, perte de l'appétit.

Le 17 octobre, pendant une traversée de New-York à Hambourg, hémoptysie, fièvre, 40 degrés.

Entre en février 1901 au sanatorium du Grand-Hôtel.

Etat pulmonaire. — A droite, rien.

A gauche, en avant : submatité, râles, craquements. En arrière, inspiration rude, expiration prolongée, craquements à la toux, petit râles. Expectoration le matin surtout. Bacilles. Etat général bon.

Rhumatisme tuberculeux. — En mai 1901, pendant son influenza, toux sèche, amaigrissement, arthralgies de l'épaule droite.

Le 5 octobre 1901, tout d'un coup, alors qu'il était à son bureau, il ressent de vives douleurs dans le thorax, du côté gauche. La nuit, les douleurs passaient dans le dos. S'il se levait dans son lit ou se couchait sur le ventre, les douleurs se faisaient sentir dans le dos. Le jour, elles étaient toujours localisées au thorax, dans la moitié supérieure gauche, c'étaient des douleurs continues, exaspérées par les grandes inspirations. *Le salicylate, l'iode, les rigolos, l'aspirine, n'ont rien fait*, seules, les pointes de feu paraissent avoir amené une légère amélioration.

Depuis cette époque, toujours des douleurs à ce niveau, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Le 17 octobre, alors qu'il était sur le « Columbia » faisant la traversée de New-York à Hambourg, hémoptysie. Fièvre, 40 degrés.

A Montpellier où il reste trois mois, nouvelles hémoptysies. Il prend le lit. Apparition de douleurs dans le bras gauche, dans les muscles, surtout en arrière, ce sont des douleurs continues durant des semaines.

Il arrive le 8 février 1901 à Leysin, au sanatorium du Grand-Hôtel. Il ressent à cette époque des douleurs dans le bras droit, dans le coude et l'épaule droits. *Des frictions n'amènent aucune amélioration.*

OBSERVATION IV

Rhumatisme tuberculeux :

Rhumatisme articulaire aigu dans l'articulation tibio-tarsienne droite.

Arthralgies au coude, à l'épaule.

Myalgies dans le bras et l'avant-bras.

Rhumatisme déformant des doigts de la main gauche.

Douleurs sciatiques.

Rhumatisme de la plèvre.

Echec de toute médication (antipyrine, salicylate, etc.).

Tuberculose pulmonaire :

Submatité aux deux sommets.

Craquements à gauche.

Expectoration. Bacilles.

Mme D..., âgée de vingt-quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Etant enfant, rougeole, scarlatine.

Bien portante jusqu'en février 1901.

Mariée à vingt et un ans. Une enfant à vingt-deux ans, morte à deux ans d'une méningite consécutive à une angine infectieuse. A dû soigner ensuite son mari atteint gravement d'une même angine.

De suite après, très fatiguée, commence à s'affaiblir.

Deux mois après, commence à cracher du sang sous forme de glaires rosés. Il y a de la fièvre qui dure jusqu'en juillet.

Est soignée depuis le mois de mai par la suralimentation et la cure d'air.

Epoques régulières. Un peu mal à l'estomac après les repas. Pas de diarrhées. A partir d'août, la toux diminue, l'expectoration aussi. Reprend du poids (12 kilogrammes) au point de dépasser son poids antérieur.

A, en juillet, des piqûres d'arrhénal et des pointes de feu.

Teint bon. Embonpoint moyen. Tousse peu, crache rarement,

tous les jours deux fois. Un peu d'oppression étant couchée ou à la marche.

Etat pulmonaire. — Submatité aux deux sommets, surtout à gauche. Quelques fins craquements au sommet gauche, en arrière pas constants.

Pas de bacilles.

Rhumatisme tuberculeux. — Aucun antécédent rhumatismal. Etant jeune fille, remarque déjà que ses doigts enflent : il y a de cela trois ans. Elle ressentait à leur niveau, de légères douleurs au toucher.

Entre en février 1902, au Sanatorium du Mont-Blanc.

Presque aussitôt, ressent des douleurs articulaires dans la tibio-tarsienne droite, douleurs « semblables à des crampes, et comme si les nerfs se tordaient. »

A ce niveau, la malade a remarqué de la tuméfaction. Il y avait un point plus douloureux que les autres au niveau de la malléole interne. Ces mouvements étaient très douloureux. A cette époque, la jambe droite a un peu maigri. Au bout de quinze jours, tout rentre dans l'ordre.

Bientôt après, apparition de douleurs dans les genoux, avec les mêmes caractères que précédemment à la tibio-tarsienne. Puis, les douleurs quittent les genoux et reviennent aux chevilles.

En avril, douleurs au coude, à l'épaule, s'irradiant dans le bras et l'avant-bras, sans changement extérieur.

Puis, douleurs dans les poignets.

Actuellement, les articulations des doigts, surtout celles des premières et deuxième phalanges, sont douloureuses.

Il y a, à leur niveau, de la déformation. A l'index de la main gauche, il y a comme une subluxation de l'articulation métacarpo-phalangienne.

La colonne vertébrale est douloureuse surtout dans les mouvements de flexion.

La malade ressent de temps en temps des douleurs sur le trajet du sciatique.

Enfin, elle se plaint de points douloureux dans la cage thoracique « comme des points de côté », tantôt ne faisant que passer,

tantôt durant vingt minutes à une demie heure, jamais plus.

On a fait à cette malade des frictions, des massages, on lui a mis des vésicatoires, on lui a donné de l'aspirine, de l'antipyrine, du salicylate : Aucun résultat. Elle paraît cependant soulagée depuis qu'elle prend du salophène.

OBSERVATION V

Rhumatisme tuberculeux :

Rhumatisme pleural tantôt à gauche, tantôt à droite.

Arthralgies dans le genou gauche, dans la colonne vertébrale, dans l'épaule. Myalgies dans le bras.

Tuberculose pulmonaire :

Submatité à gauche.

Craquements à gauche.

Pas de bacilles.

M^{me} S..., âgée de vingt-cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une pneumonie. Mère cinquante-sept ans. Sujette aux bronchites.

Antécédents personnels. — Assez délicate comme fillette. Anémique mais ne toussant pas.

Mariée à quinze ans. A deux enfants, l'un de quatorze, l'autre de onze ans en bonne santé.

A commencé à tousser de suite après son mariage, il y a quinze ans. Soignée pendant trois ans pour la gorge. Après ses secondes couches, fluxion de poitrine. A toujours toussé dès lors. Cure au Mont-d'Or, suivie d'un léger crachement de sang. Puis cure d'air aux environs de Paris. Pendant deux ans, a moins toussé. Puis retour de bronchite avec congestion au poumon ; quelques filets de sang dans l'expectoration. Il y a deux ans bronchite. Mieux pendant un an. L'été dernier, pleurésie sèche. Très affaiblie. A passé deux étés au Mont Revard et s'y est fait beaucoup de bien.

Etat pulmonaire. — Au poumon gauche, en avant, submatité. Obscurité de la respiration. Petits craquements fins. Mêmes signes en arrière. Pas de bacilles.

Rhumatisme tuberculeux. — Avant de tomber malade, aucun rhumatisme. Il y a quinze ans, au moment de l'apparition de sa bacillose, douleur au cœur très forte. On lui met des rigolos. Légère amélioration. Ensuite, vives douleurs entre les côtes, du côté gauche. Depuis ce temps, elle ressent toujours des points douloureux du côté gauche, puis les douleurs passent à droite. En même temps, elle ressentait des douleurs dans le genou gauche, exaspérées par les mouvements. Des douleurs dans le dos, le long de la colonne vertébrale et dans l'épaule droite, « douleurs énervantes comme si on tirait les nerfs ».

Depuis qu'elle est au Sanatorium, ressent des douleurs dans toute la cage thoracique.

8 décembre. — Vives douleurs à l'épaule, s'irradiant tout le long du bras. Douleurs dans les genoux. Ce sont des douleurs fugaces, faisant très mal sur le moment, durant une demi-heure au plus.

OBSERVATION VI

Rhumatisme tuberculeux :

Arthralgies diverses.

Rhumatisme déformant des doigts.

Tuberculose pulmonaire :

Submatité à gauche.

Respiration rude.

Inspiration prolongée.

Légère expectoration. Bacilles.

Mme L..., âgée de vingt-cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel mort de maladie de cœur. Mère et grand'mère maternelle ont eu des attaques apoplectiques.

Antécédents personnels. — Jusqu'à dix-huit ans, bien portante, sauf rhumatisme articulaire aux poignets, à l'articulation du pied. Jusqu'à vingt ans, beaucoup de surmenage à la maison.

Se marie à vingt-quatre ans. Il y a trois ans, la malade pesait 60 kilogrammes. Au mois d'août 1902, le poids tombe à 50 kilogrammes. Actuellement, il est à 45 kilogrammes. Au mois de juillet 1902, commença à tousser sec. Beaucoup de fatigue et d'oppression. Dort mal. Transpirations nocturnes fréquentes et abondantes depuis septembre. N'a jamais eu d'hémoptysies.

Etat pulmonaire. — Actuellement. Au poumon gauche, légère submatité. Respiration rude. Inspiration prolongée. Mêmes signes en arrière et en avant. Rien à droite. Expectoration très légère. A des bacilles.

Rhumatisme tuberculeux. — Se plaint de douleurs dans toutes les articulations, depuis juin 1902.

En novembre 1902, douleurs dans les doigts de la main droite. Légère tuméfaction. Puis, douleurs dans l'épaule droite, avec craquements : le mouvement d'élévation des bras est rendu impossible par la douleur.

Actuellement, la malade ressent des douleurs dans les doigts de la main gauche. Ces doigts sont déformés, leur volume est légèrement augmenté, le petit doigt est un peu recourbé en forme de bec. Il y a gêne considérable dans les mouvements. La malade ne peut plus jouer du piano. A l'examen, on a, au niveau des articulation des phalanges, une sensation de frottement.

Il y a des douleurs aux deux genoux, avec de légers craquements au genou droit.

OBSERVATION VII

Rhumatisme tuberculeux :

Arthralgies dans sa jeunesse, avant sa bacillose.

Kyste synovial d'origine articulaire.

Tuberculose pulmonaire :

Matité à gauche.

Inspiration rude au sommet.

Craquements au sommet gauche.
Expectoration. Bacilles.

Mme L..., âgée de vingt-huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-six ans, d'un cancer du foie. Mère vivante et en bonne santé. Le grand-père paternel et un oncle paternel hémiplegiques.

Tuberculose inconnue dans la famille.

Antécédents personnels. — Petite vérole à dix ans. Diphtérie vers la même époque. Travail de bureau depuis l'âge de vingt et un ans. En août 1900, pleurésie sèche en arrière à la base du poumon gauche, pendant trois jours. Un an après, deuxième attaque de pleurésie avec congestion pulmonaire. Analyse des crachats positive. Pendant quinze jours, T. = 38 et 40 degrés. Maigrit : P. = 49 kilogrammes.

Fait un séjour au Sanatorium de Faïtzé, près de Saint-Petersbourg. Pas de fièvre pendant ce séjour, ni de transpirations. N'a pas toussé. On n'a plus trouvé de bacilles.

Au mois de juillet, nouvelle congestion. Depuis lors, est restée au lit, jusqu'à son récent voyage à Paris où le Dr Müller a conseillé la montagne.

La dernière analyse faite à Saint-Petersbourg avant son départ, fut positive.

Etat pulmonaire. — Matité au deux tiers supérieurs du poumon gauche. Inspiration rude au sommet, diminuée sur le reste du poumon. Légers craquements au sommet gauche. Expectoration moyenne. Bacilles petits, se colorant mal.

Rhumatisme tuberculeux. — A douze ans, ressentait des douleurs dans toute la tête, des douleurs aux articulations des pieds, au genou, avec irradiations dans toute la jambe.

Douleurs à l'épaule, avec irradiations dans tous les muscles du bras.

En août 1901, à la main droite, au niveau du trapézoïde, apparition d'une petite tumeur dure, résistante, ne cédant pas à la pression, douloureuse. Cette petite tumeur existe encore à l'heure actuelle. Elle est de forme conique à pointe dirigée en haut, la base répondant à l'os, toujours douloureuse.

En novembre 1902, il y a un mois, un matin, en se levant s'aperçut qu'elle ne pouvait plus remuer son bras gauche, elle ressentait une vive douleur dans tout ce membre, douleur plus vive au niveau de l'épaule, du coude et du poignet. En même temps, elle remarque, au même niveau que du côté droit précédemment, une petite tumeur semblable, conique.

Elle est très douloureuse au toucher, dure, cédant un peu à la pression, indolore spontanément, et le volume a les dimensions d'une noisette. La peau qui la recouvre est saine et glisse facilement sur elle. Ce soir, la température monte à 37°9. Le lendemain, à 38°2. Le surlendemain, à 38°5. On lui donne du salicylate : aucun résultat. On lui fait des massages qui « exagèrent le mal au point qu'un matin, dit la malade, j'envoie promener l'infirmière qui venait me masser ». Tout traitement est abandonné.

Au bout de trois semaines, presque subitement, les douleurs disparaissent.

A l'époque actuelle, elles n'existent plus. On ne sent plus trace de la petite tumeur au niveau du trapézoïde, la pression n'éveille plus à ce point de douleur.

OBSERVATION VII

Rhumatisme tuberculeux :

- Douleurs sciatiques à droite et à gauche.
- Rhumatisme pleural.
- Arthralgies dans l'épaule gauche.
- Échec de toute médication.

Tuberculose pulmonaire :

- Respiration obscure à gauche.
- Craquements à gauche.
- Râles humides à la pointe de l'omoplate.
- Expectoration. Bacilles.

M. F., âgé de trente-cinq ans.

Arrivé au Sanatorium le 25 décembre 1901.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Toujours bien portant, robuste. A eu, ces dernières années, beaucoup de fatigues et de préoccupations, a très peu dormi, se couchant tard, se levant tôt pour aller à cheval pendant plusieurs heures.

En juillet, après une fatigue, crachement de sang peu abondant. A repris sa vie ancienne après, s'est bien porté jusqu'en janvier 1901. Alors, très forte hémoptysie qui l'a énormément affaibli. Quinze jours après, on a, pour la première fois, constaté que le poumon était atteint. A été au lit pendant trois mois, étant très faible. Tousse depuis, crache depuis le mois de mai. A maigri, s'est senti faible mais a bien mangé ; pas de fièvre.

A passé l'été à la campagne où il s'est fait du bien. A eu encore deux crachements de sang peu abondants. Pas de transpirations.

Etat pulmonaire. — A gauche, au moment de son entrée au Sanatorium, respiration très obscurcie, des craquements très nets, expectoration le matin, bacilles abondants, râles humides à la pointe de l'omoplate et en remontant le long de la colonne vertébrale, quelques piaulements.

Quitte le Sanatorium le 13 mai 1902, très amélioré, y revient le 15 novembre 1902. A cette date, obscurité considérable de la respiration, surtout du côté gauche. Tousse et crache peu. A des bacilles.

Actuellement, un peu plus d'expectoration, quelques crachats rosés. Des bacilles en quantité.

Rhumatisme tuberculeux. -- Aucun parent rhumatisant.

Pas de rhumatismes antérieurs.

15 octobre 1902. — Ressent de vives douleurs au niveau du sciatique, un point fessier. Un jour ces douleurs siègent au niveau de la fesse droite. Le lendemain, à la fesse gauche.

Douleurs à gauche, dans la cage thoracique.

Des frictions n'ont amené aucune amélioration. Certains jours, les douleurs disparaissent, puis elles reviennent subitement.

Tout à fait au début de sa bacillose, douleurs dans l'épaule gauche.

OBSERVATION IX

Rhumatisme tuberculeux :

Douleurs sciatiques.

Rhumatisme articulaire aigu de la tibio-tarsienne droite.

Rhumatisme articulaire aigu des articulations des doigts de la main gauche.

Arthralgies de l'épaule et du coude gauches.

Tuberculose pulmonaire :

Matité à gauche.

Craquements à gauche.

Expectoration. Bacilles.

M. C..., âgé de trente ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Père mort de paralysie.

Antécédents personnels. — Jusqu'il y a cinq ans, toujours en bonne santé.

En 1898, il va se faire ausculter, il souffrait de douleurs au niveau du poumon et le médecin remarque que la pointe du poumon droit est malade. Peu de toux, pas de fièvre.

Depuis quatre mois, il tousse davantage et a des transpirations nocturnes. Il se rend au Sanatorium de Crookburry pendant cinq semaines.

Avant de quitter ce Sanatorium, léger crachement de sang.

Il y a six ans, a été alcoolique. Pas de blennorragie, pas de syphilis. Tousse peu. Expectore peu. Pas de transpirations.

Voix enrouée. Fort fumeur de cigarettes.

Tuberculose pulmonaire. — Au poumon gauche, en avant, matité, craquements; en arrière, matité et craquements humides. A des bacilles.

Rhumatisme tuberculeux. — Pas de parents rhumatisants.

En 1898, au début donc de sa bacillose, le malade a eu des

douleurs au niveau du sciatique, qui durèrent environ trois semaines.

En 1901, gonflement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite, avec points douloureux au niveau des malléoles. En même temps, le coude droit devient raide, douloureux. Au bout d'une dizaine de jours, les phénomènes disparaissent sans laisser de traces.

Actuellement, la région du cou-de-pied gauche est douloureuse, tuméfiée. La marche est possible mais provoque de vives douleurs. Le 15 décembre, le 16, le 17, le 18, il y a eu de la température et la région est devenue rouge. Le malade me dit que la tuméfaction est en train de diminuer et que les douleurs sont moins vives qu'il y a huit jours.

La main gauche aussi est prise. Toutes les articulations des phalanges sont douloureuses à la pression, pas spontanément. Le pouce est tuméfié, rouge, le gonflement existe surtout au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange, les mouvements sont impossibles.

Douleurs à l'épaule et au coude gauches.

OBSERVATION X

Rhumatisme tuberculeux :

Arthralgies dans la tibio-tarsienne.

Myalgies dans la jambe.

Arthralgies dans le genou.

Rhumatisme articulaire aigu de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du petit doigt de la main droite.

Tuberculose pulmonaire :

Râles en arrière, à gauche.

Souffle et gargouillement.

Expectoration, bacilles.

Mlle de C..., âgée de vingt-huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père emphysémateux. Mère vit. Rien aux poumons.

Antécédents personnels. — Toujours délicate. A douze ans, déjà quelque chose pendant un séjour à Arcachon (faiblesse du poumon constatée). Malade depuis sept ans. Deux hivers en Portugal. Un hiver en Hongrie où elle commence à tousser. En juin, le Dr Mouton constate des lésions pulmonaires. Dès lors, deux hivers à Davos, le premier très bon, le deuxième marqué par une attaque d'influenza. Tuberculine avec résultat fâcheux. Un dernier hiver en Portugal qui amène un recul. Été 1900 à Wissembourg. Depuis octobre à Montreux, avec un peu de température le soir. Jamais d'appétit. Digestions un peu pénibles. Essoufflée à la montée. Tousse le matin.

Entre au sanatorium du Grand-Hôtel le 6 octobre 1900.

Etat des poumons. — En avant et à droite, respiration rude, expiration prolongée, retentissement cavernuleux de la toux et de la voix. Râles cavernuleux dans toute la moitié supérieure, en arrière, mêmes signes, bacilles.

En avant et en arrière, à gauche, respiration rude au sommet sans râles.

Part améliorée le 14 mars 1900.

Revient au Sanatorium en juin 1902. A eu pendant son absence des hémoptysies, de la fièvre.

Râles nombreux en arrière et à gauche. On entend un souffle et un gargouillement plus prononcés à la toux. Expectoration surtout le matin, bacilles

Rhumatisme tuberculeux. — C'est en 1899, alors que la malade est à Davos qu'apparaît le rhumatisme. D'abord douleurs à l'articulation du pied, puis dans la jambe, puis à l'articulation du genou, douleurs fugaces, durant deux jours, disparaissant un à deux jours, puis réapparaissant.

Deux ans après, alors à Leysin, douleur à l'articulation de la première et de la deuxième phalange du petit doigt de la main droite. La malade ne peut plus remuer son doigt. A ce niveau apparaissent tuméfaction, douleur, rougeur, chaleur. Cela dure quinze jours.

La malade ne subit aucun traitement. La douleur disparaît subitement, comme elle est venue, laissant une légère impotence fonctionnelle. La tuméfaction a complètement disparu.

OBSERVATION XI

Rhumatisme tuberculeux :

Rhumatisme articulaire aigu de l'articulation du pied droit.

Rhumatisme articulaire aigu de l'articulation du coude.

Arthralgies diverses.

Tuberculose pulmonaire :

Souffle amphorique à droite.

Râles dans toute la moitié supérieure droite.

Expectoration, bacilles.

Mme A.,., âgée de vingt-six ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Malade depuis quatre à cinq ans. Troubles gastriques au début. Trois hivers à Menton. Très affaiblie.

Etat pulmonaire. — A droite, en avant et en arrière, souffle amphorique très étendu, pas de gargouillement net, mais retentissement de la toux et de la voix, gros râles divers dans toute la moitié supérieure. Expectoration abondante, bacilles.

Rhumatisme tuberculeux. — Cette malade a présenté en 1900 des douleurs à l'articulation du pied, avec léger gonflement et un peu de rougeur.

Elle garde le lit pendant quinze jours, éprouve un certain temps de la gêne dans la marche, puis, tout rentre dans l'ordre. En 1901, nouvelles douleurs, cette fois à l'articulation du coude, exagérées par les mouvements et la pression. Comme auparavant, léger gonflement qui disparaît sans laisser de traces au bout de trois semaines. Enfin, pendant son séjour à Leysin, toutes les articulations se prennent, deviennent douloureuses, grosses.

Aucune réaction fébrile. Les doigts sont douloureux. Le coude, l'épaule font mal. La marche est impossible. La malade que nous n'avons pu voir reste quinze jours au lit, souffrant de toutes ses articulations, puis profite d'un moment d'accalmie pour quitter Leysin.

Persuadée que c'est le froid qui lui cause ses douleurs, elle part, en mauvais état pulmonaire, vers le Midi.

OBSERVATION XII

Rhumatisme tuberculeux :

Artralgies de l'épaule droite.

Rhumatisme articulaire aigu de l'épaule gauche.

Rhumatisme articulaire aigu de la tibio-tarsienne gauche.

Tuberculose pulmonaire :

Vibrations exagérées à droite.

Respiration rude.

Expiration prolongée.

Expectoration, bacilles.

D^r T..., âgé de quarante-deux ans.

Antécédents héréditaires : Mère probablement tuberculeuse ; père aussi.

Antécédents personnels : Lui-même, autrefois bien portant. nerveux, troubles dyspeptiques et dilatation d'estomac entre dix-huit et vingt-cinq ans. Ensuite, en très bonne santé. Pratique depuis douze ans à Athènes. A une grosse clientèle. Tousse l'hiver depuis quelques années. Voix enrouée depuis cinq ans. Il y a un an et demi, hémoptysie légère (crachats sanglants pendant une heure) répétée deux jours plus tard, sans arrêt de travail.

En décembre 1898, va consulter Jaccoud qui constate de la matité au sommet droit, un peu de faiblesse et d'autres phénomènes. Plus tard, un peu de catarrhe, toux et expectoration.

En janvier, température subfébrile : 37° 8, accélération du pouls, pas d'appétit et amaigrissement. Polyadénite cervicale. Glandes inguinales. Part pour le Midi en février. Reprend appétit et poids. Brusquement, accès de fausse angine de poitrine qui le retient à Martigny tout le mois d'août.

Entre au sanatorium le 11 septembre 1899.

Etat pulmonaire. — A droite, vibrations exagérées, respiration rude, expiration prolongée. Pas de râles, même à la toux. Expectoration moyenne. Bacilles.

Rhumatisme tuberculeux.

31 septembre. — Petit foyer de myosite sur l'épaule droite causant de la douleur.

28 octobre. — Douleurs sur l'épaule droite.

30 janvier. — Grippe. Douleur très vive sur l'épaule gauche rendue plus vive par les mouvements. Pas de gonflement; légers craquements. Douleurs durent trois semaines, puis, presque subitement, disparaissent.

20 février. — Douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Le pied est gonflé, tuméfié. La pression provoque de la douleur surtout au niveau des malléoles. Les mouvements spontanés sont rendus impossibles. Les mouvements provoqués sont excessivement douloureux. Ganglions douloureux dans l'aîne, du côté gauche. Le malade fait de la température : 38° 5, 39, 40 degrés même, le soir. Insomnies. Délire. Sueurs. Peu à peu, les phénomènes diminuent d'intensité. Au bout d'un mois, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION XIII

Rhumatisme tuberculeux :

Rhumatisme articulaire aigu de l'épaule et du coude gauches.

Rhumatisme articulaire aigu du poignet droit.

Rhumatisme articulaire aigu du genou et légère ankylose consécutive.

Tuberculose pulmonaire :

Râles à droite et en avant.

Souffle bronchique.

Mme C..., âgée de vingt-neuf ans.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Très bonne santé antérieure. Mariage il y a quatre ans. Accouchement en 1896 suivi de phlébite et de salpingite. Quatre mois plus tard, reprend une vie normale avec de temps en temps une douleur dans la fosse iliaque gauche. Nouvelle grossesse en octobre 1898. Rhume, bronchite, avec toux, qui commence en janvier. Va dans le Midi en février.

En mai, examen positifs des crachats. Appétit mauvais, amaigrissement. Avant l'entrée au sanatorium, a passé trois semaines à Glion. Jamais d'hémoptysie.

Entrée à Leysin en mai 1900.

Etat pulmonaire. — En avant et à droite, quelques râles. En arrière et à droite, souffle bronchique, expiration bruyamment transmise. Pas de râles humides à la toux, quelques sibilances.

Rhumatisme tuberculeux. — En juillet 1900, rhumatisme articulaire aigu de l'épaule gauche et du coude gauche. Il y a, à ce niveau, des douleurs extrêmement vives, de la rougeur, de la tuméfaction. Température : 37° 9 à 38 degrés. Ces douleurs disparaissent, après immobilisation, au bout de trois semaines.

En février 1901, nouvelles douleurs au poignet droit avec, de même que précédemment, rougeur et tuméfaction. Fièvre, 30 degrés. La tuméfaction disparaît au bout de trois semaines environ. Les douleurs persistent et existent encore à l'époque actuelle.

En septembre 1902. — Dans l'intervalle, douleurs aux épaules, aux doigts, aux poignets. Violentes douleurs dans le genou droit avec tuméfaction et rougeur. On fait, à ce niveau, des pointes de feu sans résultat. On donne de l'aspirine qui ne produit aucune amélioration. Les douleurs deviennent de plus en plus vives arrachant des plaintes à la malade. La tuméfaction persiste. A l'époque actuelle, la tuméfaction a disparu. Il n'y a plus

qu'une légère douleur. La marche est rendue difficile. La jambe droite est raide : il y a un léger degré d'ankylose.

Décembre 1902. — La malade se plaint de douleurs dans le dos, dans les coudes, dans les épaules.

L'état général est bon.

OBSERVATION XIV

Rhumatisme tuberculeux :

Rhumatisme déformant des articulations des doigts de la main gauche.

Arthralgies de l'épaule, du coude, des genoux, de la hanche, de la tibio-tarsienne.

Tuberculose pulmonaire :

Râles et submatité à gauche.

M. C..., âgé de quarante-trois ans.

Antécédents héréditaires. — Deux frères morts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Etait à Vichy quand il tombe malade du poumon. Commence à tousser et à transpirer la nuit, à maigrir. Se remet cependant et chasse encore l'automne. A eu de temps en temps un peu de température. Thorax aplati. Veines superficielles dilatées, surtout à gauche.

Entre au sanatorium du Grand-Hôtel le 30 novembre 1899.

Etat pulmonaire à gauche, un ou deux râles crépitants à la toux. Submatité. Obscurité respiratoire.

Rhumatisme tuberculeux. — Douleurs rhumatismales un peu partout.

Rhumatisme déformant des articulations des doigts dont le début a précédé l'apparition des premiers accidents pulmonaires.

Les éminences hypothénar et thénar de la main gauche sont complètement atrophiées. Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes sont très gonflées. Les doigts ont subi une déviation en dedans. On observe une subluxation

en avant de la première phalange du médius. Au niveau des saillies articulaires, la sensation n'est pas celle que donne un corps dur, résistant. On a, au contraire, presque une sensation de fluctuation. Les mouvements spontanés sont impossibles. Les mouvements provoqués sont pour ainsi dire normaux.

Douleurs à l'épaule où quelques craquements, au coude, aux genoux où craquements, à la hanche, à la tibio-tarsienne.

OBSERVATION XV

Rhumatisme tuberculeux :

Sciatique double.

Echec du traitement au salicylate.

Tuberculose pulmonaire :

A droite, matité, craquements, râles humides.

A gauche, submatité, inspiration rude, expiration prolongée, sibilances.

Expectoration. Bacilles.

M. C..., étudiant en médecine, âgé de vingt-six ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A l'âge de douze ans, typhus.

Au mois de mai 1900, tout d'un coup, crachements de sang. La première fois, deux à trois verres de sang liquide, sans avoir de la toux. Depuis, toux, peu d'expectoration.

Six mois après, une deuxième hémoptysie plus forte que la première, durant huit jours.

Entre au sanatorium du Grand-Hôtel le 8 mai 1901.

Etat pulmonaire. — En avant, à droite, au sommet, matité, respiration faible, craquements, quelques râles humides. A gauche : submatité, inspiration rude, sibilances, expiration prolongée. En arrière : à droite, inspiration rude, expiration prolongée, sibilances. A gauche, matité, respiration obscure, craquements, bruits pleuraux.

1^{er} juin 1901. — Hémoptysie.

28 septembre. — Hémoptysie.

21 janvier 1902. — Hémoptysie.

Part très amélioré le 29 mai.

Revient à la fin de juin.

Rhumatisme tuberculeux. — N'a jamais eu de rhumatismes antérieurs.

En juin 1901, après une forte hémoptysie, ressent tout d'un coup une douleur au bas des reins, douleur vive, surtout quand il voulait marcher, s'asseoir, disparaissant au repos. Au bout de quinze jours, la douleur devient insupportable, à ce point qu'il doit prendre le lit. A droite et à gauche, on note à cette époque, une douleur sur le trajet du sciatique, jusqu'au creux poplité. Les douleurs ont débuté du côté gauche, puis elles ont cessé de ce côté pour passer à droite. Lorsqu'elles ont quitté le côté droit, elles sont revenues à gauche. On a tout donné à ce malade : salicylate, antipyrine, antifebrine; on lui a fait des pointes de feu, on l'a massé, tout cela pour n'aboutir qu'à un soulagement minime. Le traitement a été abandonné. A l'époque actuelle, nous voyons le malade qui ne ressent plus que du lumbago, et des douleurs seulement quand il s'assied. Il marche courbé, présente des zones d'hypéresthésie. Les douleurs passent tout d'un coup; le malade se croit guéri, marche deux jours sans douleurs, puis, subitement les douleurs reviennent, condamnant de nouveau le malade au repos et à l'immobilité.

OBSERVATION XVI

Rhumatisme tuberculeux :

Première attaque de sciatique au début de sa maladie.

Une fois la maladie confirmée, nouvelles attaques de sciatique, avec fièvre et mauvais état général.

Échec de tout traitement.

Tuberculose pulmonaire :

Hémoptysies. Fièvre.

Craquements. Râles.

Expectoration. Bacilles.

M. C., âgé de vingt-six ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère sains, 8 frères et sœurs. N° 1 tuberculeux en 1892, guéri après un an de soins ; n° 3 mort en 1901 tuberculeux.

Antécédents personnels. — En juillet 1899, à Port-Saïd, bronchite avec crachats sanglants ; deux mois aux Eaux-Bonnes. — Hiver 1899-1900 à Pau, au repos.

Juillet 1900 à Paris, travaille, surmené pendant l'hiver, retombe malade en janvier, fièvre, beaucoup de toux, expectoration non sanglante ; retourne à Pau en février 1901 et, en juillet aux Eaux-Bonnes. Amaigri peu à peu. Peu essoufflé. Voix un peu voilée depuis deux mois. Depuis février, la température oscille entre 38 et 39 degrés.

Entre au Sanatorium du Grand-Hôtel le 18 août 1901.

Etat pulmonaire. — En avant : à droite, matité au sommet, craquements, râles. A gauche, respiration soufflante, rude. Mêmes signes en arrière.

Part le 25 juillet 1902.

Rentre au Sanatorium le 11 octobre.

Actuellement en avant : à droite, bronchophonie, retentissement de la voix, un ou deux râles à la toux. A gauche, pectoriloquie, bronchophonie, râles rares à la toux seulement. Expectoration. Bacilles.

Rhumatisme tuberculeux. — Pas de rhumatisants dans sa famille. N'a jamais eu autrefois de rhumatismes.

En octobre 1900. — C'est-à-dire, au début de sa bacillose, à la jambe gauche, douleurs au niveau du sciatique, qui dure huit jours. Le malade dit avoir ressenti alors « des douleurs dans le genre d'aiguilles qui piquent ». Douleurs durant trois quarts d'heure, puis revenant ; disparaissant la nuit. Le jour, il pouvait marcher, mais, pendant ses accès de toux, il ressentait au niveau des sciatiques une horrible douleur. S'il prenait la position soit assise, soit horizontale, en voulant se redresser, il éprouvait

dans les reins une vive douleur. On lui fait à ce moment des frictions à l'alcool camphré qui n'amènent pas de mieux. On cesse le traitement après avoir essayé sans résultat l'aspirine et le salicylate. Un beau jour, subitement, la douleur disparaît.

8 décembre 1902. — Nouvelles douleurs au même niveau que celles qu'il avait eues en octobre 1901, affectant les mêmes caractères, devenant progressivement plus vives pendant une semaine, puis s'arrêtant pendant huit jours. Le malade s'en croyait débarrassé quand, le 25 décembre, il a la grippe; son expectoration augmente, la toux devient plus fréquente, la température monte et les douleurs sciatiques le reprennent, deviennent de plus en plus fortes, toujours exaspérées par les accès de toux. On met au malade des sinapismes, on lui fait prendre de l'antipyrine : aucun résultat appréciable. A l'époque actuelle, le malade souffre toujours. La marche est rendue difficile.

3 janvier 1903. — Depuis le 25 décembre, le malade a quotidiennement de véritables crises douloureuses horribles à supporter. Il y a depuis huit jours changement notable dans l'état général. Amaigrissement considérable. Perte des forces.

Le malade ne peut plus que se traîner péniblement. Tous les remèdes échouent. Fièvre... 40 degrés le soir. Sommeil impossible.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance du D^r W..., auto-observation.)

Rhumatisme tuberculeux :

Douleurs lombaires, arthralgies avant la confirmation de la maladie.

Depuis, plusieurs atteintes de sciatique double.

Tuberculose pulmonaire : °

Tuberculose avérée. Bacilles.

D^r W..., âgé de quarante-deux ans, 73 kilogrammes.

Antécédents personnels. — Avant février 1890, rien ; admirable de santé, grande vigueur physique, capable de grands surmenages de toutes sortes.

En février 1890, grippe, pleurésie droite avec épanchement. L'épanchement se résorbe vite, mais la pleurésie reste sèche quelques temps. Il n'y a pas de doute sur sa nature. Malheureusement à cette époque, je n'ai rien voulu savoir et ai continué à me fatiguer par tous les bouts. Douleurs fugaces aux épaules, au poignet droit.

En mai 1898, découverte des bacilles dans les crachats d'une soi-disant bronchite prise quelques mois avant, au cours d'un surmenage effréné (concours de Saint-Lazare). Amaigrissement de 2 kilogrammes, jamais de fièvre, jamais d'hémoptysies.

Entre ces deux dates :

En 1893, douleurs lombaires nettement localisées au point de Valleix, à la fin de violentes parties de tennis. Peu après, j'ai eu plusieurs articulations douloureuses : l'épaule gauche, les deux coxo-fémorales, les sacro-lombaires, douleurs reparaissant aux mouvements. Jamais je ne changeais de flanelle de suite et restais baigné dans la sueur. Au bas du dos, au-dessus de la ceinture serrée, c'était une mare.

En août 1894, j'allais et revenais à bicyclette des Avanchis à Divonne, soit 44 à 46 kilomètres par jour, et je jouais toute la journée sur l'asphalte au tennis, en plein soleil, par des températures folles.

Donc, début par les jointures. A la fin du tournoi de tennis de Divonne, premières manifestations sciatiques ; deux points en ville, fessiers.

De retour à Paris, j'ai essayé quelques parties de tennis, mais ai du vite cesser tout cela.

Au bout de six mois, sans aucun traitement, l'épaule a guéri, ainsi que la coxo-fémorale. Mais le dos a persisté à être douloureux par les mouvements de la marche, et les sciatiques se sont entièrement pris.

Cela a été le commencement d'une longue souffrance.

La marche et la station debout sont devenues de plus en plus

difficiles. Il n'y avait de complet soulagement que dans la station étendue.

Il s'agit d'une sciatique double, plus forte à droite.

Pas d'inflammation méningitique sacro-lombaire.

Fourmillements, engourdissements. Légère atrophie des membres. Calme au repos. Au mouvement, douleur vive, continue. Marche un peu courbée. Pendant une longue période, le dos a été relativement bien, les jambes plus mal. C'est alors qu'en soutenant un client qui s'évanouissait, j'ai fait un violent effort lombaire, et la douleur du dos a pris une proportion aiguë, nécessitant le repos au lit pendant huit jours.

D'ennui en ennui, les douleurs ont augmenté jusqu'en août 1902. Cure d'Aix qui a obtenu un très réel soulagement (massage lombaire sous la douche). *J'essaie à ce moment le salicylate ; aucun résultat.*

Une forte atteinte pulmonaire en mai 1898, que j'ai mis une année à guérir à Leysin, n'a pas été accompagnée d'aggravation, au contraire. La situation étendue pour la cure avait beaucoup diminué, pendant un temps, les douleurs. C'est par la reprise de la vie à Paris que tout est redevenu fort.

Pendant l'année de cure, à Leysin, par suite de la suralimentation, transformation de mon apparence. J'étais un maigre, sec, un peu efflanqué, comme les sportifs. Je suis devenu plutôt gras, avec 7 à 10 kilogrammes de plus.

J'ai toujours eu énormément de peine à me faire une idée sur l'origine de mes douleurs. J'ai pensé, rhumatisme par fatigues articulaires et fatigues des membres. J'ai pensé tuberculose localisée osseuse ou articulaire, et névralgies de voisinage. L'effet de la cure à Aix m'a ramené vers l'idée de rhumatisme.

Mais j'avoue n'aboutir à rien de ferme, rien qui satisfasse, et j'admets très bien la théorie de Poncet pour expliquer mon cas.

A noter cependant qu'il y a eu discordance complète entre l'intensité, d'une part des manifestations pleuro-pulmonaires et d'autre part des douleurs.

La température, le climat, n'ont jamais rien fait, ni calmé, ni exagéré.

OBSERVATION XVIII

Rhumatisme tuberculeux :

Sciatique double.

Echec du traitement au salicylate.

Tuberculose pulmonaire ;

Râles. Craquements.

Expectoration, Bacilles.

M. G..., âgé de vingt ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Second de quatre enfants. Les autres très bien portants. Rien jusqu'à cette année. Très vigoureux, amateur de sports et de bicyclettes.

Refroidissement en juin ; un accès de fièvre sans qu'on trouvât rien à l'auscultation. La voix se prend. Un peu de chatouillement au gosier. En août, on ne constate encore rien. Fin août, on constate quelque chose au sommet droit. Pas de température, sauf à Montreux, en arrivant, il y a trois à quatre jours, une poussée aiguë à 40 degrés. Dort bien, sauf quelques accès de toux pendant la nuit. En général, température normale. Pas de diarrhée. A perdu l'appétit. S'essouffle facilement. Est amaigri. Enroué.

Entre au Sanatorium du Grand-Hôtel le 13 octobre 1902.

Fièvre intense dès le soir de l'arrivée, avec gros foyer de congestion. La température baisse un peu le lendemain matin.

Etat pulmonaire en arrière et à droite, râles disséminés, sous-crépitaunts, serrés, légers craquements. Expectoration le matin. Bacilles.

Rhumatisme tuberculeux :

29 novembre. — Ressent une douleur vive, continue, énervante, dans la fesse droite, au niveau du sciatique. Le lendemain, la douleur a passé à gauche. Les deux fesses sont très douloureuses à la pression. Surtout deux points très douloureux

au niveau des points de Valleix. Sensation d'engourdissement.

23 décembre. — Le malade a gardé le lit pendant huit jours. *Le salicylate n'a apporté aucune amélioration.* Les douleurs sont maintenant très atténuées. Cependant il subsiste du lumbago, forçant le malade à marcher un peu courbé.

2 janvier 1903. — Encore douleurs vagues à droite et à gauche. La marche est devenue absolument normale. La pression exagère la douleur.

OBSERVATION XIX

Rhumatisme tuberculeux :

Arthralgies diverses.

Sciatique double.

Echec des divers médicaments.

Tuberculose pulmonaire :

Matité à gauche.

Râles humides cavernuleux. Hémoptysies.

M. L., âgé de trente et un ans.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels. — Début aigu en juin 1901, avec empoisonnement par fruits et troubles gastriques aigus. Transpirations. Toux. Arrive à Leysin en novembre 1902. Un peu de fièvre à l'arrivée au Sanatorium du Chamossaire. Bon hiver. Rentre fin avril à la campagne. Au commencement de juin hémoptysies légères qui se répètent plus ou moins fréquemment. Entre au sanatorium du Grand-Hôtel le 14 août 1902.

Etat pulmonaire. — A gauche : en avant, matité peu prononcée, respiration sifflante, expiration soufflante. Retentissement de la toux et de la voix. Râles humides cavernuleux à la toux. En arrière, vibrations exagérées râles sous-crépitaux par petits foyers et disséminés. A droite : en avant expiration un peu prolongée, pas de râles. Point douloureux au niveau de

l'articulation de la cinquième côte droite et du sternum. En arrière, respiration un peu rude au sommet, sans râles.

En septembre. — Crachats sanglants.

Rhumatisme tuberculeux : En décembre. — A été un mois au lit avec lumbago et irradiations sciatiques. Douleurs musculaires très vives dans les masses sacro-lombaires (plutôt que dans les articulations sacro-iliaques). Tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, reparaissant après un ou deux jours de répit,

Pas de rhumatismes antérieurs.

En mai 1902, apparition de quelques douleurs articulaires dans l'épaule, les genoux. Sans fièvre.

En juillet. — Point douloureux dans la région lombaire gauche. Cependant, le malade peut continuer à marcher et ne doit pas garder le lit. C'est un point douloureux passager, durant au plus quelques minutes.

En octobre, reprise assez violente de douleurs avec même localisation et températures fébriles légères. Cette fois-ci, c'est une douleur continue, qui dure huit jours, qui disparaît un matin brusquement.

Accalmie des douleurs pendant quinze jours. Puis, apparition peu à peu, de points douloureux aux deux lombes et de douleurs sur le trajet du sciatique. Ce sont des douleurs lancinantes, surtout pendant les accès de toux. Douleurs pas continues. Au début de novembre, elles deviennent extrêmement vives et forcent le malade à se tenir penché sur le côté droit.

La station assise lui est devenue très pénible. L'acte de se lever d'une chaise où il était assis arrache un cri de plainte au malade. Le 25 novembre, il doit s'aliter.

Les douleurs augmentent encore. Elles sont surtout plus vives sur les lombes et sur la région sciatique supérieure gauches. — A ce moment, le malade a de véritables crises douloureuses, surtout la nuit. Jamais de fièvre. Le maximum de température le soir est 37°5. *Essais de médicaments divers* : *Salicylate à faibles doses, à fortes doses : pas d'effet. Iodure de potassium produit œdème des joues ! douleurs plus vives encore.* Le malade a des crises plus violentes encore, durant environ une heure ;

des piqûres d'antipyrine et de codéïne dans la région malade n'amènent qu'un léger soulagement.

Dans la première semaine de décembre, les douleurs vont en diminuant, moins violentes, moins fréquentes aussi. Elles se font plus lancinantes, deviennent moins durables. Ce sont toujours les mêmes localisations. Le malade essaie alors de se lever : il en ressent une grande fatigue, a une sensation d'affaissement lombaire.

26 décembre. — Pointes de feu, révulsifs : soulagement passager. Chaque soir à peu près, après une application de morphine, les douleurs reparaissent rendant les nuits extrêmement pénibles.

L'appétit est faible, les digestions difficiles. Constipation. Le malade doit prendre chaque jour deux lavements.

OBSERVATION XX

Rhumatisme tuberculeux :

Arthralgies de la hanche gauche.

Sciatique droite.

Tuberculose pulmonaire :

Matité à gauche.

Inspiration rude, expiration prolongée.

A droite, inspiration rude.

M. K. de M., étudiant en médecine, âgé de vingt-quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Commencement de sa maladie en octobre 1900, par légère hémoptysie (habitait l'appartement d'un étudiant mort poitrinaire).

Après son hémoptysie, part pour Alger où il se porte très bien. En janvier 1902, à Alger, grippe, malaria. Puis commence à tousser et à cracher modérément.

En juillet 1902, quelques crachements de sang, durant une

dizaine de jours. Amaigrissement, mange peu, transpire un peu la nuit.

Entre au sanatorium du Grand-Hôtel le 12 août 1902.

Etat pulmonaire. — Le côté gauche, à l'inspection, respire moins bien. A gauche, et en arrière, surtout au sommet, légère matité, la respiration est faible, l'inspiration un peu rude, l'expiration un peu prolongée, le sommet ne respire pas du tout. A droite, et en arrière, inspiration un peu rude, expiration saccadée, à trois temps, partout.

En avant, à droite et à gauche, respiration faible en haut, pas de craquements, pas de râles.

Rhumatisme tuberculeux.

Les premières douleurs remontent à janvier 1902 et semblent coïncider avec une recrudescence de la maladie. Elles eurent un caractère essentiellement fugace. Localisées deux fois à la hanche gauche, et une fois au genou droit, elles se produisirent chaque fois la nuit, et furent d'une violence extrême. Le moindre mouvement les exaspérait encore.

Au bout d'un quart d'heure, le sommeil revenait et, le lendemain, il n'en restait que le souvenir.

Au mois d'octobre, à Leysin, nouvelles manifestations, mais d'un caractère différent. La douleur est nettement localisée à l'émergence du sciatique droit, mais sans présenter les signes ordinaires de la sciatique : elle ne descend pas le long du membre, il n'y a pas de point de Valleix.

Cette douleur persiste pendant huit jours environ et rend par moment tout mouvement fort pénible. Puis, elle s'atténue et disparaît.

Au bout de quinze jours, le 5 novembre, nouvel accès qui ne dure que quatre jours et semble abrégé par l'aspirine.

Depuis ce moment, plus aucune manifestation.

II

STATISTIQUE

D'après ces observations, nous voyons que le rhumatisme tuberculeux est en somme fréquent. Sur 100 malades en effet, nous avons pu réunir 20 observations de rhumatisme tuberculeux, ce qui donne une proportion de 1 sur 5.

Nous avons observé 52 cas de rhumatisme tuberculeux articulaire, et 23 cas de rhumatisme tuberculeux abarticulaire.

Les 52 cas de rhumatisme tuberculeux articulaire se répartissent ainsi :

37 arthralgies :

- 13 aux épaules.
- 6 aux coudes ;
- 5 aux genoux ;
- 3 aux poignets ;
- 3 aux doigts de la main ;
- 3 aux tibio-tarsiennes ;
- 2 aux hanches ;
- 2 à la colonne vertébrale.

12 rhumatismes aigus :

- 4 aux tibio-tarsiennes ;
- 2 aux doigts de la main ;
- 2 aux coudes.
- 2 aux épaules ;
- 1 au poignet ;
- 1 au genou.
- 1 rhumatisme chronique : ankyloses succédant à 1 forme aiguë.

3 rhumatismes déformants :

- 3 aux doigts de la main.

Les 23 cas de rhumatisme tuberculeux abarticulaires se répartissent ainsi :

10 sciatiques :

- 3 douleurs sciatiques vagues ;
- 6 sciatiques doubles ;
- 1 sciatique droite.

5 rhumatismes de la plèvre à forme de pleuralgies.

2 Synovites à forme de kystes synoviaux.

1 zona.

5 myalgies.

- 3 aux bras et aux avant-bras ;
- 2 aux jambes.

Tous les tuberculeux examinés et reconnus rhumatisants ont de 20 à 40 ans.

1 a 20 ans.

4 ont 24 ans.

4 ont 26 ans.

2 ont 29 ans.

3 ont 28 ans.

2 ont 25 ans.

1 a 30 ans.

1 a 31 ans.

1 a 35 ans.

1 a 42 ans.

III

LE RHUMATISME TUBERCULEUX

DANS SES DIVERSES MANIFESTATIONS

Pour compléter cette première partie, il nous reste à examiner au point de vue purement clinique, le rhumatisme tuberculeux dans ses diverses manifestations. Nous inspirant de la classification de M. le professeur Poncet nous diviserons ce paragraphe en deux grandes parties :

- A. Le rhumatisme tuberculeux articulaire ;
- B. Le rhumatisme tuberculeux abarticulaire.

A. — LE RHUMATISME TUBERCULEUX ARTICULAIRE

1° **Généralités.** — C'est dans une communication sur le rhumatisme tuberculeux faite à la Société de médecine de Lyon en février 1900, que M. Poncet appela l'attention sur une série de manifestations articulaires qui devaient être rattachées à la tuberculose.

Puisque, disait-il, la plupart des maladies infectieuses : blennorrhagie, scarlatine, fièvre typhoïde, rougeole, diphtérie peuvent chacune provoquer une variété spéciale d'arthrites, pourquoi la tuberculose, maladie essentiellement infectieuse, ne peut-elle pas donner lieu à une variété de pseudo-rhumatisme qui mérite le nom de rhumatisme tuberculeux. Et pour démontrer la véracité du terme rhumatisme tuberculeux, M. Poncet s'appuyait sur plusieurs observations recueillies soit à sa clinique, soit dans sa clientèle mondaine.

M. Poncet, bien avant qu'il fît cette communication, avait signalé la similitude de certaines formes de tuberculose articulaire avec le rhumatisme chronique. Telle est la polyarthrite déformante de Poncet, étudiée au point de vue clinique et radiographique dans la thèse de Barjon : « Du syndrome rhumatismal chronique déformant », le travail de Destot et Bérard, la thèse de Drevet : « Polyarthrite tuberculeuse déformante », démontrant qu'il y a certaines variétés d'arthrites ou de polyarthrites déformantes, plus ou moins identiques au rhumatisme chronique qui doivent être considérées comme tuberculeuses.

Sous la direction de M. Poncet, M. Mailland, interne des hôpitaux de Lyon, entreprenait un travail analogue, mais en se limitant surtout aux formes de tuberculoses articulaires simulant le rhumatisme articulaire aigu dans ses différentes modalités. Enfin, le 23 juillet 1901, tout récemment M. Poncet communiquait oralement à l'Académie de médecine de nouvelles observations sur « le rhumatisme tuberculeux ou pseudo-

rhumatisme d'origine bacillaire ». Ces documents, joints à ceux de M. Mailland, ont complété certains points encore laissés dans l'ombre, ont fixé les côtés principaux de l'entité pathologique qui nous occupe. Les nouvelles observations que nous avons recueillies viennent confirmer les dires de M. Poncet, de M. Mailland.

Qu'est-ce que le pseudo-rumatisme infectieux ? Depuis Bouchard, on appelle ainsi un mode de réaction spécial des jointures à certaines infections. Véritables arthrites, les pseudo-rhumatismes tiennent une place à part entre le rhumatisme articulaire aigu et les arthrites spécifiques. Au rhumatisme articulaire aigu, ils empruntent son mode de localisation polyarticulaire, au moins au début, et une analogie assez frappante dans les manifestations cliniques, mais, ils s'en distinguent, par la rapidité avec laquelle ils se fixent sur une articulation, par le manque d'action du salicylate de soude, et surtout par la tendance à donner naissance à l'ankylose. Ils sont remarquables par le manque de spécificité de leurs lésions anatomiques, pathologiques, caractéristiques exclusivement presque par de l'inflammation et par l'absence le plus souvent, de l'agent causal dans les exsudats.

Avant M. Poncet, on n'avait pas songé que la tuberculose pût donner naissance à un pseudo-rumatisme infectieux. Une première raison de cet oubli réside dans l'idée trop exclusive qui consiste à ne considérer comme tuberculeuses que ces lésions anatomo-pathologiques typiques du bacille de Koch, telles que les granulations miliaires, les fongosités, les abcès froids, caséux,

etc. Sans doute, ces diverses manifestations, véritables signatures du bacille, sont une des preuves convaincantes qui révèlent sa présence, mais la théorie des toxines microbiennes nous apprend qu'un microorganisme développé en un point quelconque de l'économie, peut donner lieu, par les produits solubles qu'il sécrète, à des lésions éloignées dans lesquelles il est impossible de le retrouver lui-même. Le rhumatisme blennorragique est envisagé comme une conséquence directe de l'infection par le gonocoque, quand bien même celui-ci n'est pas retrouvé dans les exsudats.

En second lieu, les pseudo-rhumatismes infectieux ont une tendance marquée à produire au niveau des articulations des lésions irritatives aboutissant à des produits plastiques variés : brides, cloisons fibreuses, ankylose. La tuberculose au contraire est généralement considérée comme essentiellement destructive, évoluant sur des lésions ulcéreuses, sans produit réactionnel, comme dans la carie sèche par exemple. En réalité, la clinique a, depuis longtemps fait justice de cette idée par trop exclusive ; la connaissance de certaines arthrites de longue durée, à grains riziformes, la guérison fréquente des tuberculose articulaires par soudure ou ankylose osseuse le prouvent.

Avec Mailland, on peut donc définir le pseudo-rumatisme d'origine bacillaire : un ensemble de manifestations articulaires, dues vraisemblablement au bacille de Koch et à ses toxines, et pouvant se produire chez tout tuberculeux ou en instance de le devenir ; manifestations articulaires caractérisées non pas par des lésions fongueuses, suppurantes, destructives, mais au con-

traire, par des lésions irritatives, à tendance fibro-plastique, analogues à celles des rhumatismes pseudo-infectieux, dont elles peuvent cliniquement revêtir toutes les formes, depuis la simple arthralgie jusqu'à l'ankylose complète.

Ces manifestations surviennent chez tous les tuberculeux, qu'ils soient atteints d'une tuberculose viscérale, pulmonaire ou autre, d'une tuberculose périphérique osseuse ou articulaire, quel que soit également leur degré de gravité :

Il ressort néanmoins de l'ensemble des observations de M. Mailland, de nos observations, que les lésions articulaires sont très légères, plus fugaces lorsqu'elles apparaissent au cours d'une tuberculose avancée et grave.

Le pseudo-rumatisme bacillaire peut faire son apparition à toutes les périodes de la maladie causale. Parfois il la précède et frappe un malade avant toute autre lésion bacillaire, constituant ainsi le premier indice, le signe précurseur de l'invasion de l'organisme par le bacille de Koch ; dans d'autre cas, il est plus tardif et n'est qu'une épiphénomène venant ajouter son action à celle de la tuberculose préexistante.

Il revêt cliniquement plusieurs formes que nous trouvons toutes dans nos observations. Formes assez assez distinctes, susceptibles d'être groupées en deux grandes variétés : l'une *purement subjective*, ne se manifestant par aucun phénomène extérieur : c'est *l'arthralgie*. L'autre, se révélant non seulement par de la douleur, mais aussi par des symptômes *objectifs* : rougeur, gonflement, impotence fonctionnelle, d'intensité varia-

ble, et simulant les différentes modalités du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu.

Nous allons examiner toutes ces formes.

2° Formes subjectives. Arthralgies. — Très fréquentes chez les tuberculeux. Signalées pour la première fois chez les tuberculeux médicaux, et bien décrites par Weill dans son article sur les troubles nerveux chez les tuberculeux, elles ont été constatées à plusieurs reprises depuis chez des malades atteints de tuberculose chirurgicale.

Cesont des douleurs ostéo-articulaires, d'intensité variable, *rarement tres aiguës*, frappant *une ou plusieurs articulations*, *s'exaspérant* sous l'influence des *mouvements* ou de *l'exploration*, elles diminuent et même cessent complètement par le repos, et ne changent en rien l'aspect de l'articulation qui conserve un aspect extrêmement normal. Parfois, accompagnées *d'hyperesthésie musculaire*, ces ostéo-arthrites sont *fugaces* et *mobiles*. Rarement elles affectent une *prédominance pour une articulation en particulier*, mais elles se *déplacent*, au contraire, fréquemment d'une jointure à l'autre, *sans laisser de traces* de leur passage. *L'époque de leur apparition* est essentiellement *variable*. Souvent elles sont la première manifestation de l'envahissement de l'organisme par le bacille, elles précèdent et annoncent des lésions plus graves ; mais, par suite de leur bénignité, de leur fugacité, elles *frappent peu l'attention* des malades qui, rarement en parlent au médecin, et leur souvenir s'efface devant l'intensité des lésions dont elles sont le prélude. Plus nombreuses sont les observations

où les arthralgies ont apparû chez des *sujets déjà tuberculeux et même tuberculeux avancés*. Il semble en effet qu'elles soient l'apanage des tuberculoses graves. Les vingt malades de M. Weill étaient phthisiques depuis longtemps : nous nous souvenons (Mailland) les avoir rencontrées chez un jeune homme atteint de mal de Pott avec gros abcès ossifluents, chez une jeune fille phthisique et coxalgique. Il est évident que, dans ces cas, elles ne sont que l'épiphénomène sans importance clinique, mais dont la constatation est toujours intéressante, une seule fois chez nous. Dans notre propre observation, elles précèdent les accidents bacillaires. Dans tous les autres cas, elles existent chez des tuberculeux avérés.

3^e Formes objectives. — a) *Rhumatisme articulaire aigu et subaigu ou chronique* : Début brusque. Polyarticulaire d'abord, il ne tarde pas à se fixer sur une seule articulation. Comme de tous les rhumatismes aigus, la douleur, l'impotence fonctionnelle, la rougeur de la peau, le gonflement, existent à des degrés variables sans aller cependant jusqu'à la suppuration. Les phénomènes généraux, fièvre, céphalée, inappétence, malaise, sont habituellement modérés et hors de proportion avec l'intensité parfois extrême des symptômes locaux.

Le traitement par salicylate de soude et antipyrine est sans effet ;

La tendance à l'ankylose, qui ne se voit pas dans le rhumatisme articulaire vrai, complète la ressemblance avec les pseudo-rhumatismes infectieux.

Le rhumatisme tuberculeux a une prédominance marquée pour les grandes articulations surtout pour celles du membre inférieur, le genou, le cou-de-pied, qui payent le plus lourd tribut.

Maillaud : 10 observations.

Genou 9 fois ;
Cou-de-pied 8 fois ;
Epaule 4 fois ;
Coude 3 fois ;
Hanche 2 fois.

Dans notre travail : 12 observations.

Tibio-tarsienne 4 fois ;
Coude 2 fois ;
Epaule 2 fois ;
Genou 1 fois ;
Poignet 1 fois ;
Doigts de la main 2 fois.

Cette symptomatologie générale, qui est celle de tous les rhumatismes pseudo-infectieux, n'acquiert une valeur spéciale que par ses rapports avec la tuberculose. C'est elle qui permet de faire du rhumatisme tuberculeux une entité spéciale et bien définie. Ces rapports nous paraissent exister suivant trois modes différents, formant autant de cadres dans lesquels peuvent se grouper les observations.

1^o *Variété*. — Faux rhumatisme articulaire aigu ou subaigu survenant *chez un individu non encore reconnu tuberculeux, échec de la médication salicylée*.

Au bout d'un temps variable, le rhumatisme se fixe sur une seule articulation qui, en l'espace de quelques semaines, perd peu à peu les caractères du rhumatisme, pour acquérir nettement ceux d'une arthrite tuberculeuse.

Trois observations de M. Poncet.

Une observation de M. Mailland : Malade atteint d'arthrites polyarticulaires, considérées et traitées comme du rhumatisme articulaire aigu jusqu'au jour où le faux rhumatisme abandonna les articulations atteintes pour continuer à évoluer sur une articulation seulement, à la façon d'une arthrite fongueuse dont la nature bacillaire fut démontrée, non seulement par les symptômes cliniques, mais par l'évolution, l'inoculation au cobaye ou l'autopsie.

Il ne nous a pas été donné d'observer des cas de ce genre.

2° *Variété.* — Faits dans lesquels un tuberculeux médical ou chirurgical est atteint, *au cours de sa maladie*, d'une ou plusieurs attaques de rhumatisme aigu, frappant des jointures variées, et disparaissant sans se localiser sur une articulation en particulier. Deux observations de Mailland dans la *Gazette hebdomadaire* concernant, l'une un homme de quarante-quatre ans, n'ayant aucun antécédent rhumatismal, ni héréditaire, ni personnel. Au cours de l'évolution d'une tuberculose testiculaire, il fut frappé, à différentes reprises, de plusieurs attaques simulant le rhumatisme articulaire aigu, sur lesquels le salicylate de soude et l'antipyrine restèrent sans action.

L'autre se rapporte à un jeune homme de vingt-deux

ans, également sans hérédité arthritique. Au cours d'une tuberculose pulmonaire, il fut atteint de rhumatisme articulaire aigu, échappant à l'action du salicylate de soude, qui envahit successivement les deux articulations tibio-tarsiennes, le genou droit, les deux poignets, l'épaule droite.

Enfin, nos observations qui viennent confirmer celles de M. le professeur Poncet :

Dans l'observation IV, il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu envahissant la tibio-tarsienne droite, au cours d'une tuberculose pulmonaire avérée — puis, quinze jours après, le rhumatisme envahit le genou droit, puis le genou gauche.

Dans l'observation IX, nous voyons un homme, tuberculeux pulmonaire avéré, avoir du rhumatisme articulaire aigu de la tibio-tarsienne droite, puis, quelque temps après, de la tibio-tarsienne gauche. Actuellement, il y a une atteinte de rhumatisme articulaire aigu au niveau des doigts de la main gauche.

Dans l'observation X, c'est une femme âgée de vingt-huit ans qui, après avoir eu des arthralgies diverses, présente une atteinte de rhumatisme articulaire aigu à l'articulation de la première et de la deuxième phalange du petit doigt de la main droite.

L'observation XI nous montre une femme de vingt-six ans qui, après un rhumatisme articulaire aigu du coude-pied droit, présente, un an après, une nouvelle localisation au niveau du coude et, actuellement, un rhumatisme articulaire aigu généralisé.

L'observation XII est celle d'une femme de vingt-neuf ans. En juillet 1900, rhumatisme articulaire aigu

de l'épaule et du coude gauches. En 1901, localisation au poignet droit. En 1902, nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu du genou droit : ce dernier se termine par l'ankylose.

En présence de faits semblables, déjà vus par Poncet, Mailland, etc., confirmés par nous, la dissociation des deux affections nous paraît difficile. Il serait, en effet, illogique d'admettre que deux maladies également infectieuses et aussi dissemblables que le rhumatisme et la tuberculose puissent évoluer simultanément, chacun pour leur compte, sur le même sujet.

3^e *Variété*. — Les cas suivants sont de ceux que l'on serait plutôt tenté de ranger dans le rhumatisme sub-aigu ou chronique, avec les idées jusqu'ici en cours, si l'on ne tenait pas compte des antécédents et de l'évolution du début des accidents qui doivent faire porter plus que des présomptions sur la nature bacillaire de l'affection.

Observation de Mailland. — Ankylose complète du coude droit consécutive à une arthrite aiguë, dite rhumatismale, chez un jeune sujet porteur d'un lupus de la face.

Observation XIII de notre travail. — Ankylose du genou droit consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Les pointes de feu, l'aspirine n'avaient produit aucun résultat. Les douleurs deviennent de plus en plus vives, la tuméfaction persiste. A l'état actuel, la tuméfaction a disparu, il n'y a plus qu'une légère douleur. La marche est rendue difficile, pénible. La jambe est raide.

Si l'on considère que ces malades ont eu une anky-

lose consécutive à une arthrite rhumatismale, ce qui n'arrive pas après le rhumatisme articulaire aigu franc ; si l'on considère également que les arthrites se différencient nettement du rhumatisme articulaire aigu franc par le peu d'intensité des phénomènes généraux, comparativement à la gravité des phénomènes locaux, par le manque complet d'action du traitement, notamment du salicylate de soude, et surtout par leur marche qui rappelle absolument celle des rhumatismes dits infectieux ; si l'on considère que les malades n'ont jamais eu ni infection blennorragique, ni maladie infectieuse d'aucune sorte pouvant donner la clef de ce rhumatisme, qu'ils sont tuberculeux, il semble que l'on soit bien en droit de considérer cette ankylose comme la conséquence d'un rhumatisme infectieux d'origine tuberculeuse.

D'ailleurs, bien que le cas de Mailland eût soulevé des objections de la part de certains membres de la Société de Médecine de Lyon qui ne se déclaraient pas autorisés à en nier l'origine rhumatismale, il fut au moins par eux rangé parmi les principaux rhumatismes infectieux, en raison de l'ankylose, survenue au bout de quelques semaines, sur une jointure dont l'inflammation avait été rebelle au salicylate et à l'antipyrine. Or, il n'y avait chez ce malade aucune autre cause de pseudo rhumatismes infectieux que la tuberculose antérieure et le lupus dont il était à peine guéri. Il en est de même chez notre malade.

Nous avons recherché, d'autre part, dans quelles conditions l'ankylose apparaît après le rhumatisme vrai. Dans le rhumatisme franc aigu ou subaigu, cette anky-

lose est une extrême rareté. D'ordinaire, pour qu'elle survienne, il faut que les accidents passent à l'état chronique et aient eu une longue durée. Sans doute, on trouve bien dans les traités de chirurgie osseuse, de médecine opératoire et d'orthopédie des cas d'ankylose précoce après de prétendus rhumatismes. A ce sujet, M. le professeur Lépine, à la Société de Médecine de Lyon, en séance du 5 février 1900, disait avoir entendu dire autre fois par Lorrain que, parfois, le rhumatisme articulaire aigu non traité aboutissait à l'ankylose : peut-être, ajoutait-il, s'agissait-il là de pseudo-rhumatismes infectieux de nature non déterminée. Tout porte à croire aujourd'hui qu'il s'agissait de rhumatismes tuberculeux.

b) *Rhumatisme déformant* : Les différents cas rapportés jusqu'ici simulent les différentes formes du rhumatisme subaigu ou aigu, dans ses manifestations les plus variées, depuis la simple arthralgie fugace et passagère, ne déterminant que des modifications subjectives, jusqu'aux arthralgies multiples avec rougeur, douleur, gonflement et phénomènes généraux. Ce ne sont cependant pas là les seules manifestations à allure rhumatismale que la tuberculose puisse produire au niveau des articulations.

Déjà depuis plusieurs années M. Poncet avait attiré l'attention sur certaines formes d'arthrite ou polyarthrite déformantes, plus ou moins semblables au rhumatisme chronique et qui pour lui devaient être nettement rattachées à la tuberculose. La nature exacte de ces polyarthrites, est, en effet, d'un intérêt capital à connaître ; trompant le clinicien non prévenu sur leur

véritable nature, elles deviennent ainsi d'autant plus dangereuses qu'elles sont méconnues, et que le traitement qu'on leur impose est moins approprié à leur véritable nature.

Observation de Bouglé. Rhumatisme déformant chez un tuberculeux (Bouglé, *Bulletin et Mémoire, Société anatomique de Paris*, 1901).

Un malade a une déformation des mains très remarquable. Atrophie des parties molles, les éminences thénar et hypothénar ont presque complètement disparu. A la face dorsale, les tendons extenseurs font une saillie énorme sous la peau amincie. Le gonflement des jointures et particulièrement des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes contraste avec cette atrophie des parties molles. De plus, les doigts sont déviés, les dernières phalanges des trois derniers doigts sont déjetées en dedans, il y a subluxation en avant de la première phalange de l'index, plus accentuée à la main droite qu'à gauche. Les saillies articulaires, au lieu de présenter une consistance ferme osseuse, comme dans le rhumatisme chronique donnent au palper une sensation molle, pseudo-fluctuante, à consistance de lipome. Les mouvements spontanés sont extrêmement limités dans ces jointures et la malade en éprouve une grande gêne. Les mouvements provoqués sont très étendus, presque normaux. Par endroits, on détermine quelques craquements.

Ongles bombés, violacés, striés longitudinalement.

Dans notre travail:

Observation IV. Déformation de l'index de la main

gauche et véritable subluxation de l'articulation métacarpo-phalangienne. Craquements.

Observation VI. Déformation des doigts de la main gauche, petit doigt recourbé en forme de bec. Craquements.

Observation XIV. Rhumatisme déformant des doigts de la main gauche. Les éminences thénar et hypothénar sont atrophiées, les doigts sont déviés en dedans, subluxation en avant de la première phalange du médius, sensation de fluctuation. Craquements.

Toutes les articulations peuvent être atteintes, mais le poignet, les doigts, le cou-dé-pied, le genou, la hanche, sont certainement les sièges d'élection. Chez nous sur trois cas ce sont les doigts. Cliniquement, ces localisations sont caractérisées par un gonflement plus ou moins considérable des articulations malades avec déformations progressives des extrémités osseuses articulaires. A la longue, il se produit un véritable relâchement articulaire donnant à l'articulation une laxité anormale qui rappelle jusqu'à un certain point le membre de polichinelle. Ces lésions évoluent sans tendance aux abcès, sans fongosités apparentes, mais avec des crises douloureuses plus ou moins vives, enfin, avec des déformations qui simulent à s'y méprendre le rhumatisme déformant. Par les mouvements provoqués, on a une crépitation particulière, témoignant de l'usure et de la disparition des cartilages.

Ces deux affections, polyarthrite tuberculeuse déformante et rhumatisme chronique polyarticulaire déformant, paraissent, à première vue, assez semblables, surtout par leurs déformations; elles présentent cependant des signes cliniques différents.

Dans la polyarthrite tuberculeuse, en même temps que signes d'atrophie des têtes articulaires, existence de masses plus ou moins molles donnant une sensation de rénitence, de fausse fluctuation.

Soit dans les antécédents héréditaires, soit dans les antécédents personnels du malade, on trouvera la tare tuberculeuse.

L'âge..., âge moyen, est de vingt ans.

Il y aura une importance de premier ordre à reconnaître la cause de ces polyarthrites, de se mettre en garde contre un traitement souvent dangereux, la mobilisation et les massages, pour, au contraire, affirmer la nécessité du repos, de l'immobilisation qui, joints à l'hygiène ordinaire des tuberculeux, devra souvent être la seule conduite du clinicien.

B. — LE RHUMATISME TUBERCULEUX ABARTICULAIRE

1^o Généralités. — Nous venons de voir ce qu'était le rhumatisme tuberculeux articulaire, depuis la simple arthralgie jusqu'au rhumatisme aigu ou subaigu, jusqu'à l'arthrite déformante. Mais il est un autre ordre de faits : ceux où le rhumatisme ne reste plus localisé aux jointures, où il atteint les viscères, où il porte son action offensante sur les muscles, les nerfs. C'est là le *rhumatisme tuberculeux abarticulaire*.

L'existence de ces localisations extra-articulaires nous est fournie par des faits cliniques que nous enregistrons chaque jour. Nous apportons vingt-trois cas

qui viennent confirmer les faits précédemment observés.

Malgré les attaques dont ils sont l'objet, ces faits sont des plus acceptables. On ne voit pas très bien en vertu de quel privilège, les organes, les tissus volontiers frappés par les diverses variétés de rhumatismes infectieux : blennorrhagique, puerpéral, scarlatineux, ne le seraient pas par le rhumatisme tuberculeux. Il est bien permis de croire que ce qui est vrai pour certaines infections l'est pour un autre état infectieux : la tuberculose.

On a beaucoup chicané sur ce fait que l'on trouvait dans ce cas le mot rhumatisme mal employé. On a dit, parlez-nous de tuberculose atténuée allant porter son action offensante sur les muscles, les nerfs, la plèvre ; mais ce n'est pas du rhumatisme.

Qu'est-ce que le mot rhumatisme ? Il vient du grec *ρευμα*, flux, écoulement d'humeur, fluxion. Les anciens l'employaient dans tout son sens pour désigner toute maladie amenant un déplacement des humeurs. C'est un mot qu'on peut étendre à l'infini. Beaucoup prétendent qu'il convient de rejeter d'emblée hors du cadre rhumatismal, les névralgies, etc., que l'analogie seule rapproche du rhumatisme vrai.

Si le rhumatisme était chose bien connue dans sa nature intime, nous comprendrions qu'on en fasse un mot réservé à un certain ordre de lésions à caractère bien franc, bien déterminé. Mais, nous n'en connaissons pas encore le microbe. Toutes les hypothèses ont été faites à son sujet.

Il semble donc possible de conserver ce terme de

rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Puis que le terme existe ou non, le fait n'en est pas moins là, montrant que la tuberculose qui a donné des lésions rhumatismales dans les articulations peut en faire hors ces articulations : c'est ce que nous voulons maintenant montrer.

Notre intention n'est pas de passer en revue toutes les localisations viscérales dont on trouve la description dans les traités de pathologie interne au chapitre : *maladies rhumatismales*.

Nous n'aurons ici en vue que ce que nous avons observé nous-mêmes :

Des cas de sciaticques.

Du rhumatisme de la plèvre.

Nous signalerons seulement en passant deux cas de synovites à forme de kystes synoviaux.

2° La sciatique tuberculeuse. — a) *historique* : La tuberculose peut donner lieu à des manifestations simulant les diverses variétés de rhumatisme articulaire aigu, etc., on peut admettre *a priori* la possibilité de localisations sur les nerfs périphériques.

Depuis longtemps, on a signalé chez les tuberculeux des douleurs plus ou moins vives, plus ou moins tenaces (Perroud, Friot, Landouzy), mais tous les auteurs qui s'étaient occupés de la question n'ont pas interprété comme il convenait ces accidents. Ils n'ont pas établi une relation nette, précise, de cause à effet, entre les phénomènes douloureux sur le trajet du sciatique et la tuberculose. Dans ce paragraphe, nous basant sur les

observations que nous avons recueillies à Leysin, nous nous proposons de montrer que la bacillose peut donner naissance du côté des nerfs sciatiques, à une variété de névrite qui, en raison de sa pathogénie, mérite bien le nom de sciatique tuberculeuse.

Cette sciatique reconnaît pour cause l'affection tuberculeuse au même titre que les manifestations variées du côté des articulations connues depuis M. le professeur Poncet sous le nom de rhumatisme articulaire aigu tuberculeux.

Par sciatique bacillaire, comme l'a fort bien dit le Dr Villedieu en sa thèse inaugurale, nous comprenons tout un syndrome caractérisé par des phénomènes douloureux se produisant chez des sujets tuberculeux.

Il faut éliminer :

1^o Les sciatiques survenant chez les bacillaires, mais dont l'étiologie permet nettement de les rattacher à une autre cause que la tuberculose.

2^o Les sciatiques dues à une compression par abcès froid, ostéite, etc., c'est là l'accident purement secondaire.

3^o Les sciatiques ayant pour cause une altération des origines de ces nerfs par une lésion des centres nerveux : tubercule intra-médullaire, méningite tuberculeuse.

Avant d'exposer les théories pathogéniques de ces diverses manifestations douloureuses, nous passerons rapidement en revue les auteurs qui ont signalé la coexistence de la sciatique et de la tuberculose.

Dans la *Revue médicale* de juin 1824, une observation de Martinet où simple description du phénomène sans en tirer aucune conclusion.

En 1841, François du Temps, dans l'opuscule, sur *Causes et traitement de la névralgie sciatique*, signale l'influence que peut avoir la diathèse tuberculeuse sur le développement de cette névralgie, mais il n'en donne nulle explication.

Dans un mémoire publié en 1872, Perroud dans le *Lyon Médical* de janvier 1872, envisage la névralgie chez les tuberculeux, et insiste sur la fréquence de la sciatique dans la bacillose.

Peter, dans ses *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 389, et son élève Friot, ont signalé la fréquence de la sciatique dans la tuberculose. « Les différentes observations que nous avons étudiées nous permettent de penser que la sciatique peut commencer la série des accidents de la phtisie ou éclater dans le cours de la tuberculose pulmonaire. Dans ces circonstances, les douleurs sciatiques sont toujours très rebelles, et leur apparition doit faire soupçonner une altération tuberculeuse, soit de la moelle, soit des méninges, soit de la colonne vertébrale.

Friot en fait le résultat de la propagation d'inflammation, la température du côté malade étant, dans le cours de la maladie, supérieure à celle du côté sain. D'après lui, la douleur reconnaît pour causes une altération spéciale du tissu nerveux, due à l'hyperhémie.

Landouzy dans la *France Médicale* de 1884, mentionne quatre ou cinq cas de sciatiques très douloureuses. Le zona, pour lui, est un accident trophique fréquent.

Pour Weill, dans la *Revue de médecine* de 1903, tous ces phénomènes nerveux doivent être rapportés à un

trouble dans la fonction des centres nerveux et en particulier de l'encéphale, et non à une action d'ordre bacillaire. Il signale en outre des phénomènes douloureux, simulant la sciatique, chez un malade qui avait des lancées dans la région postérieure de la fesse droite. Il donne à ces phénomènes le nom de fausses sciatiques.

Nous en arrivons enfin à la si intéressante communication de M. Poncet.

Avant lui, tous les auteurs qui ont écrit sur la sciatique tuberculeuse, ne donnent pas de ces lésions une pathogénie conforme aux idées actuelles. Aucune ne donne une idée qui satisfasse pleinement l'esprit. Nous venons de montrer — M. Poncet a démontré — que la tuberculose peut faire du rhumatisme articulaire. Le rhumatisme tuberculeux abarticulaire est celui dans lequel l'attaque de rhumatisme ne reste pas limitée aux jointures, mais où elle atteint les viscères, où elle porte son action offensante sur les muscles, sur les nerfs. On ne voit pas en vertu de quel privilège, dit M. Poncet, les organes, les tissus volontiers frappés par les diverses variétés de rhumatismes infectieux : blennorragique, puerpéral, scarlatineux, ne le seraient pas par le rhumatisme tuberculeux.

Nous aurions pu, avec le temps étendre ce travail. Nous avons vu à Leysin, et nous nous proposons de publier plus tard tous ces faits de rhumatismes du cœur, des voies digestives, cutanés. Comme la question de sciatique a été une des plus attaquées quant à sa pathogénie, que nous avons eu le bonheur de trouver des observations typiques, nettes, pouvant répondre à toutes les objections, soutenir toutes les attaques,

nous nous bornerons dans ce paragraphe du rhumatisme abarticulaire tuberculeux à parler longuement de la sciatique tuberculeuse, de ce que les traités classiques de pathogénie interne rangent dans la classe : rhumatisme nerveux périphérique, névralgies dont la plus commune est la sciatique, pour passer plus rapidement sur les autres faits observés par nous. M. le professeur Poncet a prouvé déjà d'éclatante façon, le rôle du poison tuberculeux dans la production de ces sciatiques. Ce n'est que sur son désir que nous essaierons, par nos faibles moyens, de montrer et démontrer que la tuberculose, par l'intermédiaire du bacille de Koch ou de ses toxines, peut produire des phénomènes douloureux sur le trajet du sciatique.

b) *Symptomatologie* : La sciatique chez les tuberculeux — Villedieu l'a dit — nous l'avons observé et nous le répétons après lui, est la douleur. La douleur, une douleur vive, continue, énervant le pauvre bacillaire, dont le caractère déjà prompt à s'irriter devient plus épineux encore. Nous avons vu un de ces malades, M. C.... (obs. XV) devenir taciturne, s'isoler, allant d'un fauteuil à l'autre, se traînant péniblement, courbé, la main gauche comprimant le *locus doloris*, inapprochable le matin après une mauvaise nuit où la morphine lui faisait goûter péniblement quelques instants de sommeil, M. L... (obs. XIX), M. C... (obs. XVI). Villedieu rapporte le cas d'un sciatique tuberculeux qui voulut mettre plusieurs fois fin à ses jours. Cette sciatique peut faire son apparition à toutes les périodes de la maladie causale, la précéder et frapper le malade avant toute autre lésion bacillaire, constituer le pre-

mier signe précurseur de l'invasion de l'organisme par le bacille de Koch, être tardive et être un épiphénomène venant ajouter son action à celle de la tuberculose préexistante

Pas de point d'apparition de prédilection. Premières atteintes soit à la région trochantérienne, soit à la cuisse, à la jambe, rien de fixe enfin.

Le nerf est très douloureux à la pression. Les points de Valleix, les signes de Bonnet, de Lasègue, de Babinsky, les traces de la démarche, en un mot, le tableau symptomatique est conforme à celui d'une sciatique ordinaire.

Atrophie du membre ? Ce sont des sciatiques très rebelles, de longue durée. Elles s'accompagnent d'engourdissements, de fourmillements ; le zona est fréquent.

A quel âge ? A celui où l'homme a le plus de chance de se tuberculiser.

Péter, lui, donne cinquante ans.

Martinet cite l'observation d'un enfant de douze ans. Nos malades sont entre vingt-cinq et trente-cinq ans.

Réapparition ?

D'après les caractères fournis par la douleur, d'après les phénomènes trophiques, d'après les modifications thermiques, les phénomènes de fourmillements, de zones, d'hyperesthésie, d'anesthésie, il nous semble établi qu'il s'agisse là d'une névrite périphérique et non d'une simple névralgie.

Une névralgie a une douleur qui se modifie à tout instant et varie indéfiniment. Elle cesse, puis réparaît

avec la même promptitude, toutes choses dont la névrite n'est nullement susceptible.

Dans la névralgie aussi, nous dit Friot, on obtient en général la guérison par l'emploi des narcotiques et des antispasmodiques. Dans la sciatique tuberculeuse, au contraire, seule la méthode antiphlogistique a pu soulager quelquefois, jamais elle n'a complètement guéri. Dans aucune de nos observations, le salicylate n'a eu d'action.

Au cours de la bacillose, comme au cours de toutes les maladies infectieuses, il peut y avoir des irritations ou des altérations périphériques des nerfs. Ces accidents, provoqués par le poison tuberculeux, peuvent porter sur le sciatique, d'où le nom de sciatique tuberculeuse.

De telles localisations n'ont rien qui doivent nous étonner, si l'on songe à la variabilité des formes articulaires que peut revêtir la bacillose.

Cette forme de sciatique n'a pas d'élection de siège qui lui soit propre sur les branches du nerf, ni aucun mode évolutif qui lui donne un cachet spécial. Elle est assez fréquente. M. Péter, sous le nom de sciatique chez les phtisiques, l'a rencontrée une fois sur cent onze tuberculeux. Villedieu en a recueilli onze observations. Nous en avons dix sur cent malades.

Il faut distinguer cette sciatique des douleurs vagues, erratiques que l'on trouve souvent chez des tuberculeux et qui peuvent se rencontrer sur le sciatique, mais qui n'ont aucun signe de fixité. Il faut aussi la distinguer des sciatiques qui sont le résultat d'une compression d'origine tuberculeuse et des sciatiques ayant

une étiologie autre et que l'on rencontre chez des bacillaires. Cette affection est caractérisée par la continuité de la douleur,

3° Rhumatisme de la plèvre. — Lasègue : il existe une pleurésie rhumatismale isolée.

Type de Lasègue : « Le processus anatomique de cette pleurésie est absolument identique à celui de la fluxion rhumatismale des jointures : les mêmes tissus sont envahis dans les deux cas, et ils le sont dans le même ordre. La plèvre est la synoviale de l'articulation du poumon et du thorax. Comme dans l'articulation, la localisation se fait ici d'abord dans le tissu fibreux si abondant qui tapisse la face profonde de la cavité thoracique et qui forme au-dessus de la plèvre pariétale une surface nacréée presque continue. »

D'après nos observations, nous pouvons conclure à cela : Début par point de côté extrêmement douloureux, « En coup de poignard, comme si on me tordait les nerfs, disent les malades. » Dans deux, trois ou quatre espaces (la névralgie a un seul point), douleur exagérée par la pression, par les fortes inspirations, par tous les actes qui sollicitent l'intervention des muscles thoraciques. Il s'agit bien là évidemment d'une douleur de la paroi, et la meilleure preuve, c'est qu'elle disparaît quand on immobilise le thorax par un bandage de corps très serré. Cette douleur si intense n'est-elle pas l'analogue de celle qu'on observe dans les tissus fibreux qui entourent une articulation rhumatisante ?

DEUXIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE — DIAGNOSTIC

I

PATHOGÉNIE

La question que nous avons actuellement à résoudre est celle de savoir comment on peut expliquer les manifestations rhumatismales chez les tuberculeux, comment il nous est permis de dire qu'il n'y a pas une simple coïncidence, mais bien une relation de cause à effet, comment en un mot on peut dire qu'il n'y a pas de rhumatismes chez des tuberculeux mais bien un rhumatisme tuberculeux.

Sous le nom de rhumatisme tuberculeux, il faut comprendre, d'après notre maître M. le professeur Poncet, toute une série de manifestations articulaires imputables à la tuberculose et qu'on avait considérées jusqu'à aujourd'hui comme étant de nature rhumatismale. La tuberculose, en effet, peut donner lieu à des manifestations articulaires très différentes les unes des autres et très variables, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue clinique. Elle peut revêtir une allure telle que la confusion persiste, avec les lésions dites rhumatismales, si l'on ne songe pas à la relation de cause à effet entre elles et l'infection bacillaire, et il semble que l'on puisse sans arrière-pensée admettre cette idée qu'émettait M. le professeur

Poncet dans une communication à la Société nationale de Médecine de Lyon, en février 1900, à savoir que :

« Maladie essentiellement infectieuse, la tuberculose peut donner lieu au même titre que d'autres maladies infectieuses : blennorrhagie, scarlatine, fièvre typhoïde, etc., à une variété spéciale de pseudo-rhumatisme infectieux qui mérite le nom de rhumatisme tuberculeux. ».

Qu'est-ce à l'heure actuelle que les diverses formes de rhumatisme aigu prétendu vrai, sinon des modalités cliniques et anatomo-pathologiques, souvent fort différentes les unes des autres et qui paraissent relever, suivant les données bactériologiques les plus récentes, d'un processus infectieux dû à des agents pathogènes sans caractères spécifiques. On a incriminé successivement ou à la fois divers bacilles, ceux de Thiroloix, Achalme, Triboulet, et, tout dernièrement des formes streptococciques et staphylococciques (staphylocoque blanc, Charrin).

Or, les mêmes microorganismes ont tous été trouvés dans les pseudo-rhumatismes infectieux. Aussi, a-t-on dû, pour distinguer les pseudo-rhumatismes infectieux du rhumatisme articulaire aigu, s'appuyer sur ce fait qu'il y avait réussite ou échec des médications réputées spécifiques, salicylate de soude, antipyrine. Il n'y a donc pas de contradiction flagrante à conférer les mêmes propriétés pathogéniques au bacille de Koch.

Ce qui a contribué peut-être le plus à retarder l'évolution de cette opinion, c'est l'idée que l'on se faisait des manifestations articulaires de la tuberculose.

Avec Bonnet, Nélaton, la granulation miliaire,

mais surtout la fongosité, l'abcès froid avec son pus, parfois d'aspect assez particulier, étaient considérés comme indispensables éléments caractéristiques de lésions spéciales : carie osseuse, tumeur blanche, qui devaient plus tard être reconnues comme appartenant à une seule cause et à une seule maladie : la tuberculose.

Aujourd'hui, cette donnée nous semble insuffisante. On sait que la tuberculose n'est pas une dans ses manifestations.

En ce qui se rapporte à la tuberculose osseuse, longtemps, le pus, les fongosités étaient considérés comme les seules manifestations de cette infection. La carie sèche de Volkmann n'a été regardée comme tuberculeuse que depuis fort peu de temps.

Pour les synoviales, on a démontré aussi que la tuberculose n'était pas, dans tous les cas, une lésion destructive ; on lui a rattaché, depuis, les synovites à grains riziformes et certaines synovites plastiques.

Pour l'intestin, à côté du processus destructeur, n'a-t-on pas les tuberculoses guéries, synonymes de lésions plastiques, les tuberculoses hypertrophiques, synonymes d'une infection atténuée, laissant à l'organisme le temps de se défendre.

On se demande alors pourquoi il n'en serait pas de même pour les articulations, pourquoi, pour arriver à la granulie, à la tumeur blanche, il n'y aurait pas toute une série d'intermédiaires, pourquoi, au niveau d'un interligne articulaire, la tuberculose ne pourrait pas amener des lésions atténuées à des degrés divers.

Il est aussi un fait sur lequel nous voudrions de nouveau appeler l'attention. Par un défaut d'assimilation

avec d'autres maladies infectieuses, on a tenu la tuberculose en dehors de cette loi de pathologie générale formulée par M. le professeur Bouchard, en 1883, dans la thèse de Bourcy ; *Rhumatisme infectieux* (thèse de Paris, 1883), à savoir que « *toutes les maladies infectieuses, peuvent présenter parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires distinctes du vrai rhumatisme avec lequel elles se confondent cliniquement et relevant de l'infection générale de l'économie, que cette infection soit une maladie première ou une affection surajoutée.* »

L'observation clinique et les recherches bactériologiques n'ont fait que confirmer depuis vingt ans la vérité de cet axiome. Ces idées ont été adoptées en 1886 par M. de Lapersonne, exposées dans une revue générale par Marfan en un article de la *Gazette des Hôpitaux* du 18 février 1888 sur les pseudo-rhumatismes infectieux et, soutenues encore par Mauclair en des articles sur les arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses, articles parus dans les *Archives générales de Médecine* de janvier, février, mars, avril 1895.

Elles ont inspiré la plupart des travaux publiés sur la matière.

Les pseudo-rhumatismes de la blennorragie, de l'érysipèle, de l'infection puerpérale, de l'infection urinaire, de la pneumonie, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la variole, de la rougeole, de la dysenterie, de la grippe, de la syphilis, des oreillons, de la morve, ont aujourd'hui leur histoire, appuyée sur un grand nombre de faits.

Nous avons appris la nature infectieuse des pseudo-

rhumatismes consécutifs aux angines, aux dilatations bronchiques, aux plaies.

Aujourd'hui, dit M. Vidal, dans l'article RHUMATISME ARTICULAIRE du *Traité de Brouardel et Gilbert*, « *les observations cliniques sont venues démontrer qu'il n'existe pas de maladie infectieuse qui ne compte des arthrites spécifiques au nombre de ses complications* ».

Enfin, tout dernièrement, le 19 février 1900, à la Société nationale de médecine de Lyon, M. le professeur Soulié disait : « *Toute maladie infectieuse peut donner des lésions articulaires. Or, il n'y en a pas de plus infectieuse que la tuberculose, Toussaint l'a démontré autrefois d'une façon très nette. Pourquoi ne pas lui accorder le pouvoir de produire comme toutes les autres maladies infectieuses les accidents rhumatismaux?* »

Et, en effet, on ne comprend pas très bien comment il se fait que la tuberculose ait été pendant si longtemps écartée de cette loi, comment il se fait que nulle part, l'idée d'un rhumatisme tuberculeux n'ait été nettement formulé.

Peut-être faut-il chercher la cause de cet « ostracisme » vis-à-vis des tuberculoses articulaires atténuées, dans cette opinion régnante encore et fondée par certains côtés, qu'il existe un antagonisme entre la tuberculose et le rhumatisme.

Cette simple question de mots : *incompatibilité de la diathèse rhumatismale et de la diathèse tuberculeuse* » a dû nuire à la conception du rhumatisme tuberculeux. Sans doute, il a toujours semblé qu'il y avait entre la

tuberculose et le rhumatisme, considérés tous deux comme diathèse, une certaine incompatibilité ; l'immunité relative des arthritiques vis-à-vis du bacille de Koch a été trop généralement acceptée pour qu'il n'y ait pas, dans cette conception, une part de vérité. Donc, en se plaçant déjà à ce seul point de vue très général, lorsqu'on rencontrera, chez des tuberculeux, des arthralgies, arthrites simulant des accidents rhumatismaux francs, on devra songer à cet antagonisme pour envisager la possibilité d'une infection bacillaire unique à l'origine de ces accidents articulaires, aussi bien qu'à l'origine des autres lésions tuberculeuses que présente le sujet considéré.

Il semble donc que, à côté de la tuberculose articulaire classique, avec ses tubercules, etc., ses produits spéciaux, prenne rang une tuberculose atténuée, mitigée, relativement bénigne, exclusivement inflammatoire, sans édifications pathologiques caractéristiques.

Sont-ce des arthrites toxiques ou bacillaires ? Il nous est bien délicat et difficile de répondre à une telle question, les recherches microbiologiques et autres faisant encore le plus souvent défaut. Il est probable que le processus est ici le même que dans d'autres intoxications. Les arthropathies doivent être dues, le plus souvent, au poison tuberculeux, à la localisation de la tuberculine sur les synoviales. Ne sont-elles pas, comme toutes les séreuses, des voies d'élimination naturelle, venant après les grands émonctoires ?

On se trouve en présence d'une toxémie locale, ou encore de lésions articulaires dépendant d'une infec-

tion bacillaire du système nerveux central, périphérique.

Cette hypothèse devient presque une certitude lorsqu'on songe à la pathogénie, nettement établie, des arthropathies survenant dans d'autres infections, lorsqu'on se rappelle les effets sur les jointures de la lymphe de Koch.

M. le professeur Poncet, dès l'apparition de la tuberculine, a été un des premiers à l'employer dans un grand nombre de tuberculoses locales. Il a vu fréquemment alors des articulations saines devenir douloureuses, s'enflammer comme dans un rhumatisme infectieux, et ces arthrites ne disparaître qu'après un temps plus ou moins long.

A ce point de vue, M. le professeur Lannelongue a rapporté, dans le *Progrès médical* de 1900, une observation bien instructive et qui a toute la valeur d'une expérience. Chez un enfant atteint de tuberculose limitée de la peau, une injection de tuberculine donna lieu, quelques jours après, à des arthrites multiples.

Il semble donc qu'on puisse donner l'explication suivante : un organisme recèle en quelques-uns de ses organes un foyer tuberculeux en activité ou latent. Il est naturellement imprégné, à chaque instant, de toxines tuberculeuses ; celles-ci se trouvent déversées dans le système diverticulaire lymphatique, le véritable milieu intérieur qui baigne tout élément anatomique. Quelques bacilles peuvent, eux-mêmes, suivre cette voie, et progresser ainsi petit à petit. Or, il ne faut pas oublier la relation étroite qui existe entre les

lymphatiques et les séreuses. Les uns ne sauraient rester indemnes, alors que les autres sont envahies.

Toxines ou microbes sont donc arrivés au niveau de la séreuse, mais leur présence ne va pas sans entraîner quelques désordres anatomiques là où ils se fixent, et l'on comprend que l'intensité des lésions doive être proportionnelle au degré de virulence du microbe et de ses toxines : tout est une question de quantité et de qualité.

Le bacille assaillant est-il en nombre et très virulent, son implantation va aboutir à une lésion profonde du tissu. Le follicule tuberculeux décrit par Köster qui, par sa conglomération avec d'autres follicules avoisinants, donnera le tubercule ou, par sa dissémination et l'obstruction consécutive des vaisseaux, aboutira à l'infiltration tuberculeuse.

C'est là le cas le plus fréquemment observé, le seul qu'on a cru possible jusqu'à ces dernières années.

Mais le bacille est-il, au contraire, en petite quantité et d'une virulence moindre, sa présence sera marquée de désordres peu considérables. La réaction de l'organisme triomphera à peu de frais de l'invasion microbienne ; un épanchement, riche en fibrine et en globules blancs, suffira pour emprisonner et réduire à néant les agents pathogènes ; la lutte aura été de courte durée, et les lésions très passagères.

Cette interprétation peut sembler un peu théorique, et cependant il est un fait qui plaide en faveur de notre manière de voir ; nous avons vu déjà, lors du traitement d'ailleurs néfaste, des bacillaires par les injections de tuberculine de Koch, qu'on avait observé précisément

des cas de réaction fluxionnaire au niveau des séreuses, articulaires et viscérales.

Il semble bien qu'on déterminerait ainsi une véritable intoxication du milieu intérieur.

C'étaient là des réalisations, pour ainsi dire expérimentales, du rhumatisme tuberculeux.

Il faut envisager pathogéniquement le rhumatisme tuberculeux comme le résultat de la réaction des séreuses articulaires et autres vis-à-vis des toxines tuberculeuses. Le bacille n'est pas nécessaire pour qu'il y ait lésion ; les produits virulents qu'il élabore sans cesse peuvent être capables de la réaliser.

II

DIAGNOSTIC

Nous pensons que nos observations venant après celles de M. le professeur Poncet, les confirmant, suffisent à démontrer l'existence réelle du pseudo-rhumatisme tuberculeux.

Ce rhumatisme aboutit, dans ses formes sévères, soit à la tumeur blanche, soit à l'ankylose (Obs. XIII), terminaisons qui certes ne sont pas également graves, mais néanmoins l'une et l'autre d'un pronostic sévère.

Nous croyons que ces accidents pourraient être enrayés peut-être plus fréquemment qu'il ne le semble à première vue, si le diagnostic était posé de très bonne heure, si au lieu d'attendre des médicaments ordinairement employés, de l'antipyrine, de l'aspirine, des pointes de feu, du salicylate, un résultat qu'ils ne peuvent donner, on considérerait le malade immédiatement comme tuberculeux.

Le diagnostic comporte deux points :

1° Différenciation d'avec le rhumatisme vrai.

2° Recherche de la cause.

Dans nos observations, nous avons passé en revue

presque toutes les formes de rhumatisme, depuis la simple arthralgie dépourvue de symptômes objectifs disparaissant spontanément sans laisser de traces, jusqu'à l'ankylose, jusqu'aux sciaticques et au rhumatisme pleural.

Pour ce qui est des arthropathies, il ne peut venir à l'esprit de personne de les considérer comme des tumeurs blanches, avec le sens qu'on donne cliniquement à ce mot; leur allure aiguë, leurs localisations multiarticulaires, l'absence de fongosités et de pus, leur rétrocession le plus souvent spontanée, enfin le retour des fonctions *ad integrum*, souvent en peu de temps les différencient nettement des arthrites tuberculeuses. Tout cela, nous le montrons dans nos observations.

Dans l'observation IV, c'est une malade qui a une atteinte de rhumatisme articulaire aigu de la tibio-tarsienne droite. Sans traitement, au bout de quinze jours, tout rentre dans l'ordre.

Dans l'observation IX, c'est un malade qui, en même temps, a du rhumatisme articulaire aigu de la tibio-tarsienne droite et du coude droit. Sans traitement, au bout d'une dizaine de jours, les phénomènes disparaissent sans laisser aucune trace.

Dans l'observation X, il s'agit de rhumatisme articulaire aigu de la première et de la deuxième phalange du petit doigt de la main droite. Le malade ne subit aucun traitement. Au bout de quinze jours, disparition sans traces de tous les phénomènes.

Nous voyons donc — ce que Poncet avait déjà démontré, ce que nos observations viennent confirmer

— la différence qui existe entre ces artropathies et les tumeurs blanches.

Tout, au contraire, ce qui rappelle dans leur évolution l'aspect clinique bien connu aujourd'hui des pseudo-rhumatismes infectieux, nous le trouvons ici dans les manifestations de rhumatisme tuberculeux que nous avons pu observer.

Dans l'observation IV, il s'agit de douleurs survenant brusquement, d'abord à la tibio-tarsienne, puis dans les genoux, dans les poignets, dans les doigts. On a fait à cette malade des frictions, des massages, on lui a mis des vésicatoires, elle a pris de l'aspirine, de l'antipyrine, du salycilate, sans éprouver le moindre soulagement.

Dans l'observation X, il s'agit de rhumatisme aigu des doigts de la main droite survenant brusquement, disparaissant subitement comme il est venu.

Dans l'observation XII, c'est un malade qui, après avoir eu des douleurs sur l'épaule droite, puis sur l'épaule gauche a finalement du rhumatisme articulaire aigu de la tibio-tarsienne gauche.

Dans l'observation XIII, nous voyons une malade qui, en 1900, fait du rhumatisme articulaire aigu, à début brusque, de l'épaule et du coude gauches. En 1901, nouvelles douleurs au poignet droit avec rougeur et tuméfaction; douleurs aux épaules, aux poignets, aux doigts. En 1902, rhumatisme aigu du genou droit aboutissant à l'ankylose.

Brusquerie du début, éclatant sans phénomènes locaux prémonitoires; localisations multiples, puis ne tardant pas à rétrocéder pour se fixer sur une seule

jointure, deux au plus ; manque d'action absolu du traitement spécifique du rhumatisme franc, salicylate de soude et antipyrine, tendance à l'ankylose, n'est-ce pas, à l'aspect clinique des pseudo-rhumatismes infectieux ?

Comme aussi les pseudo-rhumatismes infectieux, le rhumatisme tuberculeux a une *prédominance marquée pour les grandes articulations*. Dans nos observations, nous voyons la tibio-tarsienne attaquée quatre fois, le coude deux fois, l'épaule deux fois.

Il est enfin un point qui présente une réelle importance, au début, dans la forme, pendant la période aiguë ; nous voulons faire allusion aux *caractères de la douleur*. Tandis que dans les pseudo-rhumatismes, comme dans toutes les arthrites du reste, le maximum de la douleur siège au niveau même de l'interligne articulaire, dans le rhumatisme vrai, au contraire, ce sont surtout les parties péri-articulaires, tendons, lames tendineuses insérées sur les extrémités osseuses, qui sont les plus sensibles. Lasègue, qui insistait particulièrement sur ce signe, écrivait : « Il n'y a pas de douleurs intra-articulaires dans le rhumatisme articulaire aigu. » La preuve clinique est facile à faire : si l'on prend les précautions voulues, on peut aisément opérer des mouvements dans une articulation atteinte de rhumatisme sans produire de souffrances. Si, au contraire, il s'agit d'un pseudo-rumatisme, pareille manœuvre est impossible.

Nous venons de voir comment on peut faire le diagnostic de rhumatisme tuberculeux articulaire. Il nous reste à montrer quels sont les différents points sur les-

quels nous pourrions nous baser pour pouvoir dire, dans les cas de rhumatisme abarticulaire, que nous nous trouvons bien en présence de rhumatisme tuberculeux. Nous n'envisageons ici que la sciatique dont nous avons pu réunir un assez grand nombre d'observations.

La sciatique tuberculeuse paraît caractérisée par deux ordres de fait : *sa douleur, sa résistance à tout traitement.*

Dans l'observation XV, un malade est atteint d'une sciatique double, la douleur est insupportable. *On a donné à ce malade, salicylate, antifebrine, on lui a fait des pointes de feu, on l'a massé : aucun résultat.*

Dans l'observation XVI, il s'agit d'une sciatique gauche. Le malade ressent d'horribles douleurs. *Des frictions n'amènent aucun résultat. L'aspirine et le salicylate ne procurent aucun soulagement.* Actuellement, le malade a de véritables crises douloureuses, atroces à supporter.

Dans l'observation XVII, il s'agit d'une sciatique double. Depuis qu'il en est atteint, le malade, dans son auto-observation, nous dit que c'est une longue souffrance. *Echec de la médication au salicylate.*

Dans l'observation XVIII, un malade a une sciatique double. *Le salicylate n'apporte aucune amélioration.*

Dans l'observation XIX, nous voyons un malade atteint de sciatique double, avec des douleurs lancinantes, arrachant des cris de plainte. Nous assistons nous-mêmes, le 2 janvier 1903, à de véritables crises douloureuses, le malade pousse des gémissements. *Essais de médicaments divers : salicylate, pas d'effet.*

Donc, quand de telles manifestations, semblables à celles que nous venons de décrire, se produisent, comme c'est le cas dans toutes nos observations, chez un individu tuberculeux ou de souche nettement tuberculeuse, sans qu'une autre cause puisse venir l'expliquer (ni blennorrhagie, ni accidents puerpuéraux antérieurs, ni aucune maladie infectieuse susceptible de produire de tels accidents) —, et c'en est encore le cas dans nos observations — pourquoi faire intervenir une autre diathèse ou une autre infection? La tuberculose est coupable, elle est même la seule coupable.

Si, on rencontre la tuberculose, soit dans l'ascendance directe, soit dans les antécédents personnels et si, à plus forte raison, comme tous nos malades, le sujet est porteur lui-même d'une lésion bacillaire, il semble logique et prudent de rattacher au bacille de Koch de tels accidents qui, du reste en y regardant d'un peu près, ne sont guère susceptibles d'une autre interprétation.

On a dit que les observations de M. le professeur Poncet étaient très ingénieusement interprétées — c'est sans doute un reproche qu'on ne manquera pas de faire aux nôtres —, mais que, quelle que soit la valeur de ses vues théoriques, tant qu'on n'aurait pas démontré matériellement que cette forme de rhumatisme tuberculeux était liée à la présence du bacille de Koch, elles seraient purement hypothétiques.

Mais, M. Dor et Courmont, en injectant dans les veines des toxines tuberculeuses atténuées, ont produit, chez le lapin, au bout de cinq mois, des arthrites dans différentes articulations.

M. Cadéac a remarqué que les vaches laitières sont atteintes assez fréquemment de lésions articulaires que l'on mettait autrefois sur le compte du rhumatisme, et dont la nature tuberculeuse est parfaitement démontrée aujourd'hui. Autrefois, on ne doutait pas, chez ces animaux, de la nature rhumatismale de l'hygroma. Aujourd'hui, il est bactériologiquement prouvé que celui-ci est tuberculeux.

Faut-il demander à l'expérimentation, aux examens cytologiques, à la réaction de l'organisme par la tuberculine, la confirmation de tels diagnostics ? Certes oui, toutes les fois que ce contrôle est possible et non dangereux. Si, dans nos observations, nous sommes d'ores et déjà affirmatif sur l'origine et la nature des diverses lésions que nous avons décrites, c'est que précisément, chez des malades semblables, les nouveaux moyens d'investigation dont nous venons de parler ont donné déjà des résultats positifs (thèse de Géniaux, Lyon, 1902).

Mais les examens cytologiques ne paraissent cependant pas, jusqu'à présent, pour la nature des épanchements articulaires, d'un grand secours diagnostic. Ces épanchements se distinguent, par ce côté tout au moins, des sérosités pleurales et méningées.

Reste la réaction de la tuberculine. Mais nous savons avec quelle réserve, avec quelle prudence, on doit l'employer.

Nul n'ignore que l'homme en apparence le mieux portant, que les animaux les plus beaux, les plus gras, les uns et les autres sans aucun signe apparent de tuberculose, peuvent réagir et témoigner de foyers bacillaires profonds, latents.

De tout ce chapitre, que résulte-t-il? Nous croyons, avec M. le professeur Poncet, que la connaissance du *rhumatisme tuberculeux* n'est pas une simple curiosité clinique ne comportant pas d'indications particulières, nous sommes au contraire fermement d'avis que le diagnostic doit être porté le plus bonne heure possible, car c'est de lui que découlera le pronostic et le traitement. Quand nous nous trouvons en présence d'un pseudo-rhumatisme infectieux quelconque, deux complications principales dirigent notre traitement, la crainte d'une transformation purulente d'abord, celle d'une ankylose ensuite. Au début, l'immobilisation, plus tard le massage, la mobilisation, l'électricité suffiront le plus souvent à prévenir ces accidents; la révulsion, le traitement général ne sont que de simples adjuvants. Quant au pronostic *quoad vitam*, le plus souvent il ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Mais il est loin d'en être ainsi pour les pseudo-rhumatismes tuberculeux. Là, nous nous trouvons face à face avec une tuberculose avérée, parfois encore latente, mais ne demandant qu'une occasion pour éclater et même se généraliser; nous devons aussi redouter la transformation fongueuse et, par tous nos moyens, nous efforcer d'en prévenir l'invasion.

Aussi faudra-t-il, dès le début, se préoccuper du traitement général qui devra être celui de toute tuberculose, grand air, repos, suralimentation. En Suisse, où nous avons vu beaucoup de rhumatisme tuberculeux, nous n'avons pas observé une seule forme grave: il faut attribuer cette bénignité des cas que nous rapportons aux conditions toutes spéciales et presque idéales

d'hygiène dans lesquelles vivent les tuberculeux dans les Sanatoria de Leysin.

Nous désirons, avant de terminer, répondre à une objection que l'on a souvent faite à propos du rhumatisme tuberculeux, et qui vise la tendance que l'on pourrait avoir à en porter trop aisément le diagnostic.

Quitte à redire ce qu'on a déjà dit avant nous, nous répondrons que nous nous autorisons de la pathologie générale et surtout de la clinique qui « dans sa simplicité et sa complexité apparente, milite en faveur d'une pathogénie univoque ».

Nous ne dénions pas à un tuberculeux le droit de présenter des lésions autres que des lésions tuberculeuses, mais nous croyons être dans le vrai en pensant *qu'il faut d'abord, chez de tels sujets, comme chez d'autres intoxiqués, démontrer que la maladie générale apparente ne saurait être incriminée.*

A partir d'aujourd'hui nous pensons, avec M. le professeur Poncet, que le rhumatisme tuberculeux sera plus fréquent, uniquement parce que l'attention des médecins sera appelée sur ce point spécial. « *On est toujours plus ou moins victime des idées régnantes.* » Quand on discuta la contagion de la tuberculose, il y a vingt à vingt-cinq ans, personne ne put citer un cas de contagion. Peu d'années après, c'était à qui apporterait de nouveaux faits en faveur de cette contagion.

Certes, il manque la sanction bactériologique : positive, elle ne laisse aucune place au doute ; mais, négative, elle ne saurait aller à l'encontre des signes cliniques. M. le professeur Poncet a surtout établi son raisonnement en se basant sur des associations patholo-

giques. Or, c'est par un raisonnement analogue qu'on a pu établir la nature de la carie sèche de l'épaule : cette méthode n'est pas sans valeur. Puis, il ne faut pas oublier l'insuccès très possible, dans un certain nombre de cas de rhumatisme tuberculeux, des inoculations aux animaux de produits pathologiques.

En effet, le rhumatisme tuberculeux est souvent le produit réactionnel d'une tuberculose mitigée, atténuée, et les lésions peuvent n'avoir rien de spécifique, elles sont essentiellement de nature inflammatoire. L'infection tuberculeuse peut donner naissance à des inflammations banales dont aucun caractère spécifique ne permet de préciser la nature. On nous dira sans doute encore que, pour qu'il soit permis de diagnostiquer le rhumatisme tuberculeux, il faut avoir la sanction bactériologique.

Nous répondrons que notre diagnostic est avant tout clinique. C'est la clinique ici qui affirmera. Toutes les fois que nous le pourrons, la bactériologie viendra affirmer. Il nous semble en effet que si, pour affirmer, on attend le diagnostic fait dans le laboratoire, *c'est en quelque sorte prendre par les cheveux une question dont il faut s'emparer à bras-le-corps.*

La question du rhumatisme tuberculeux est un de ces cas où il appartient à la seule clinique de montrer, par l'enchaînement des faits, par une interprétation scrupuleuse des divers symptômes présentés, les relations de cause à effet qui unissent une communauté d'origine par des accidents fort différents en apparence.

CONCLUSIONS

— De notre enquête aux Sanatoria de Leysin portant sur 100 tuberculeux viscéraux, il résulte *que le rhumatisme tuberculeux se rencontre fréquemment*. Nous avons en effet recueilli 20 observations sur 100 malades de ce genre, soit une proportion de 1 sur 5.

Nos investigations ont plus particulièrement porté sur les manifestations articulaires et nerveuses.

— Ces 21 observations se répartissent ainsi :

- 37 arthralgies ;
- 12 rhumatismes articulaires aigus ;
- 1 rhumatisme chronique : ankylose succédant à une forme aiguë ;
- 3 rhumatismes chroniques déformants ;
- 10 sciatiques ;
- 5 rhumatismes de la plèvre à forme de pleuralgies ;
- 2 synovites à forme de kystes synoviaux.

— Il importe, on le voit, de songer à ces complications articulaires et autres de l'infection tuberculeuse. Elles peuvent être la première manifestation de l'empoisonnement et ouvrir la scène des accidents bacillaires (rhumatisme tuberculeux primitif), ou bien survenir

plus tard, ayant ainsi la forme de véritables complications apparentes d'une tuberculose antérieure (rhumatisme tuberculeux consécutif ou secondaire).

— Tous ces faits se trouvent corroborés par notre propre observation (obs. I) et alors que, tuberculeux pulmonaire, nous sommes devenu un beau spécimen de rhumatisme tuberculeux.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
LACASSAGNE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 janvier 1903.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUCHARD, Traité de médecine, t. VI, p. 649.
- BOUGLÉ, Rhumatisme déformant chez un tuberculeux (Bulletin et Mém. Soc. anatom. de Paris, 1901, III).
- COLLET, Pathologie interne.
- CORNIL, Rhumatisme blennorragique. Ankyloses. Déformations. Tuberculose pulmonaire (Bullet. et Mém. de Soc. anatom. de Paris, 1900, 6 s., II, 629-635, 2 figures).
- DUMOLARD, Sciatique intermittente (Lyon médic., XXXIV, 152).
- DREVET, De la Fréquence des douleurs rhumatismales chez les tuberculeux médicaux et chirurgicaux (thèse de Lyon, 1901).
- FRIOT, Sciatique chez les phtisiques (thèse de Paris, 1879).
- LAUDOUZY, Archives médicales, 1875.
- LAVERAN et TEISSIER, Pathologie interne.
- LÉUDET, Le zona et les troubles des nerfs périphériques dans la tuberculose pulmonaire.
- MAILLAND et BÉRARD, Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 4 nov. 1900).
- MAILLAND, Rhumatisme tuberculeux (Presse médicale, sept. 1901, p. 142).
- MAYET, Rapports du rhumatisme articulaire et des ostéo-arthrites tuberculeuses. Discussion (Lyon médical, 1900, XCIII, 407; Dor, 407, 408; Cadéac, 408; Poncet, 408-409).
- PATEL, Rhumatisme tuberculeux chronique. Hydarthrose poly-articulaire localisée aux doigts des deux mains. Poly-

- arthrite bacillaire déformante au début (Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir., Paris, 1902, XLIX, 4-6).
- PERROUD, De quelques phénomènes nerveux au cours de la tuberculose pulmonaire (Lyon médical, 1872, t. I, p. 6).
- PETER, Leçons de clinique médicale, t. II, p. 389.
- PITRES et VAILLARD, Névrites périphériques chez les tuberculeux, 1886 (Rev. de Méd.).
- PONCET, Rhumat. tuberc. abarticulaire (Ac. de Méd., 23 juillet 1901).
- Rhumat. tuberc. ou pseudo-rhumat. d'origine bacillaire (Ac. de Méd., 23 juillet 1901; Discussion, Bullet. Ac. de Méd. Paris, 1901, 3 s., XLVI, 194-201).
- THÉVENOT, Rhum. tuberculeux familial (Méd. mod. Paris, 1902, XIII, 148, 149).
- Revue de la tuberculose* (137-600).
- VILLEDIEU, Sciatique d'origine tuberculeuse (thèse de Lyon, avril 1902).
- WEILL, Des troubles nerveux chez les tuberculeux (Revue de méd., juin 1893).

